

Alkoholinkäyttö ja tupakointi raskauden aikana - haaste hoitohenkilökunnalle

Moniammatillisen yhteistyöhankkeen loppukartoitus Pietarin synnytyslaitos nro 9:n
hoitohenkilökunnalle

Hoitotyön koulutusohjelma,
kättilä
Opinnäytetyö
22.10.2007

Meri Pistokoski
Terhi Ryypö

Koulutusohjelma		Suuntautumisvaihtoehto	
Hoitotyön koulutusohjelma		Kätilötyö	
Tekijä/Tekijät			
Meri Pistokoski ja Terhi Ryyppö			
Työn nimi			
Alkoholinkäyttö ja tupakointi raskauden aikana – haaste hoitohenkilökunnalle. Moniammattillisen yhteistyöhankkeen loppukartoitus Pietarin synnytyslaitos nro 9:n hoitohenkilökunnalle			
Työn laji		Aika	Sivumäärä
Opinnäytetyö		Syksy 2007	90 + 7 liitettä
TIIVISTELMÄ			
<p>Opinnäytetyön tavoitteena oli selvittää, kuinka tärkeänä Pietarin synnytyslaitos nro 9:n hoitohenkilökunta pitää potilasohjauksen eri osa-alueita raskaus-, synnytys ja lapsivuodeaikana, sekä kuinka hoito toteutuu lapsivuodeosastolla. Suoritettu kysely oli samalla myös hankkeen loppukartoitus. Työ on osa moniammattillista yhteistyöhanketta (2003 - 2007) Suomen ja Venäjän välillä. Teoreettisen viitekehyksen avulla tuodaan esille raskaudenaikaisen alkoholinkäytön ja tupakoinnin riskejä lääketieteellisestä näkökulmasta sekä selvitetään keinoja ohjata alkoholia käyttäviä tai tupakoivia raskaana olevia naisia ja perheitä. Tutkimusaineisto kerättiin strukturoidulla kyselylomakkeella 1.11–8.11.2006 Pietarin synnytyslaitos nro 9:n hoitohenkilökunnalta (n = 99). Vastanneet olivat kätilöitä tai sairaanhoitajia. Tulosten analysointi tehtiin SPSS for Windows 15 -ohjelmalla.</p> <p>Yleisesti ottaen vastaajat pitivät merkityksellisenä ohjata ja tukea äitejä sairaalassa sekä keskustella raskauteen, synnytykseen ja kotiutumiseen liittyvistä asioista. Vastanneiden mukaan äitejä kannustettiin omatoimisuuteen ja he saivat osallistua hoidon suunnitteluun. Ilmapiiri koettiin leppoisaksi ja mukavaksi sekä kannustavaksi ja tukevaksi, mutta myös synnyttäjää ja perhettä holhoavaksi. Kyselyssä kartoitetut potilasohjauksen kehittämisehdotukset kohdistuivat lähinnä henkilö- ja materiaaliressurssien lisäämiseen. Henkilökunnasta 77 % oli saanut WHO:n imetysohjaajakoulutuksen.</p> <p>Muista osa-alueista poiketen lähes 23 % vastanneista ei pitänyt lainkaan tärkeänä keskustella alkoholinkäytöstä ja tupakoinnista raskaus- ja lapsivuodeaikana. Vastaava luku vuoden 2004 alkukartoituksessa oli 40 %. Tulosten mukaan imetysohjaajakoulutuksen saannilla, koulutuksen pituudella tai iällä ei ollut merkitystä sen suhteen, pitikö tärkeänä keskustella alkoholinkäytöstä ja tupakoinnista äitien kanssa. Sen sijaan ne vastanneet, jotka eivät kokeneet tärkeäksi keskustella alkoholinkäytöstä, eivät kokeneet sen tärkeämmäksi myöskään tupakoinnista keskustelemista.</p> <p>Opinnäytetyö antaa tietoa Pietarin synnytyslaitos nro 9:n hoidon nykytilanteesta. Se tarjoaa valmiuksia alkoholinkäytöstä ja tupakoinnista ohjaamiseen sekä äitien raittiudessa ja savuttomuudessa pysymisen tukemiseen. Näin voidaan parantaa sekä syntyvien lasten että äitien itsensä terveyttä. Jatkossa olisi tärkeää selvittää miksi hoitotyöntekijät eivät osaa tai koe tarpeelliseksi keskustella alkoholinkäytöstä ja tupakoinnista äitien kanssa. Myös raskaana olevien naisten alkoholinkäytöstä ja tupakoinnista kaivattaisiin lisäselvitystä ilmiön ymmärtämiseksi ja selittämiseksi, sekä tehokkaiden interventiokeinojen löytämiseksi.</p>			
Avainsanat			
raskaudenaikainen alkoholinkäyttö ja tupakointi, ohjaus, neuvonta, Pietari			



Degree Programme in		Degree	
Nursing and Health Care		Bachelor of Health Care	
Author/Authors			
Meri Pistokoski and Terhi Ryyppö			
Title			
Alcohol Consumption and Smoking During Pregnancy - A Challenge to Health Care			
Type of Work	Date	Pages	
Final Project	Autumn 2007	90 + 7 appendices	
<p>ABSTRACT</p> <p>The aim of this study was to describe the current situation of counselling pregnant women, women giving birth and childrearing families in different areas of health care at the Maternity Hospital Number 9 (MH 9) in St. Petersburg, Russia. A questionnaire was filled in by the midwives and the nurses (n = 99) of the MH 9 during November 2006. This study was part and a final charting of a co-operational project (2003 - 2007) between the MH 9 in St. Petersburg and many partners in Finland. Its initial charting was done in 2004. The theoretical frame of reference presented the effects of alcohol consumption and smoking during pregnancy and it offered information on both from the medical and antenatal care's point of view. The results were analyzed with the SPSS for Windows 15 Program.</p> <p>The results showed that, in overall, the midwives and the nurses considered giving counselling and supporting women to be significant. Discussing matters considering pregnancy, delivery and discharge were thought to be important. Mothers were encouraged to be active and they were let to take part in decision making of their own care. The atmosphere was said to be cosy, pleasant and supporting, but it appeared to be patronizing as well. The personnel hoped for more resources and materials to improve the counselling. 77 per cent of the midwives and the nurses had been on the breastfeeding counselling training course by WHO. On the contrary to the general line of the results, almost 23 per cent did not feel the importance of counselling women on alcohol consumption and smoking during and after pregnancy, although the adverse health effects have been widely and thoroughly documented. In the initial charting, the same number was 40 per cent. The possible reason for this situation was not found in this study, but the results showed a distinct connection between these two matters. If one did not feel it was important to discuss using alcohol, smoking was not felt to be important either.</p> <p>This study provided information on how the midwives and the nurses saw the nursing and health care at the MH 9. It also gave information on how to carry out the cessation of alcohol consumption and smoking during pregnancy. In future, this enables improving healthiness of pregnant women and their unborn children. Deeper understanding of why the midwives and the nurses do not feel the need or have the skills to give counselling, is needed. In addition, more expounding on alcohol use and smoking amongst pregnant women is necessary to reach for finding effective methods of reducing these phenomena.</p>			
Keywords			
alcohol consumption and smoking during pregnancy, counselling, St. Petersburg			

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	1
2 RASKAANA OLEVA ALKOHOLIA KÄYTTÄVÄ NAINEN HOITOTYÖN HAASTEENA	3
2.1 Alkoholi ja raskaus lääketieteellisestä näkökulmasta	3
2.1.1 Alkoholi ja nainen	3
2.1.2 Alkoholi ja sikiö	4
2.2 FAS-oireyhtymä	5
2.2.1 FAS-oireyhtymän tunnusmerkit	7
2.2.2 FAS-oireyhtymän syyt ja seuraukset	7
2.2.3 FAE-oireyhtymä, ARDN ja ARBD	8
2.3 Hoitohenkilökunnan vastuu alkoholia käyttävän äidin neuvonnan toteuttamisesta	9
2.4 Odottavan äidin alkoholinkäytön tunnistaminen	10
2.5 Neuvonta, ohjaus ja tukeminen alkoholinkäytön lopettamiseksi	12
3 RASKAANA OLEVA TUPAKOIVA NAINEN HOITOTYÖN HAASTEENA	17
3.1 Tupakointi ja raskaus lääketieteellisestä näkökulmasta	17
3.1.1 Tupakka ja nainen	17
3.1.2 Tupakka ja sikiö	18
3.1.3 Tupakka ja lapsi	19
3.2 Tupakoinnista luopuminen raskauden aikana	20
3.3 Hoitohenkilökunnan vastuu tupakoivan äidin neuvonnan toteuttamisesta	23
3.4 Neuvonta, ohjaus ja tukeminen tupakoinnin lopettamiseksi	23
3.5 Nikotiinikorvaushoito odottavien äitien tupakoinnin lopettamisen apuna	35
4 OPINNÄYTETYÖN TAUSTA JA TARKOITUS	38
4.1 Moniammatillinen yhteistyöhanke Pietarin synnytyslaitos nro 9 alueen terveyden edistämiseksi	38
4.1.1 Ympäristön kuvaus	38
4.1.2 Hankkeen tavoitteet	43
4.1.3 Alkukartoituksen tulosten kuvaus	44
4.2 Opinnäytetyön tarkoitus	45
4.3 Tutkimuskysymykset	46
5 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN	47
5.1 Tutkimusmenetelmät ja mittarin toteuttaminen	47
5.2 Aineiston keruu ja analysointi	48
5.3 Tutkittavan joukon kuvaus	49
6 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET	49
6.1 Hoitohenkilökunnan taustatiedot	50
6.1.1 Henkilökunnan ikäjakauma	50
6.1.2 Henkilökunnan koulutuksen pituus	51
6.1.3 Vastanneiden valmistusvuosi	52
6.1.4 Vastanneiden työskentelyaika osastolla	52
6.1.5 Vastanneiden työskentelyaika äitiyshuollossa	53
6.1.6 Vastanneiden imetysohjaajakoulutus	54

6.1.7 Työpaikalla saatu imetysohjaajakoulutus	55
6.1.8 Imetysohjaajakoulutuksen pituus	56
6.2 Ohjauksen eri osa-alueiden tärkeys raskaus-, synnytys- ja lapsivuodeaikana	57
6.2.1 Äitien ohjauksen ja tukemisen tärkeys sairaalassa	57
6.2.2 Työssä tärkeäksi koettavat asiat	58
6.2.3 Työyksikön ilmapiiri	59
6.2.4 Raskauteen liittyvistä asioista keskustelemisen tärkeys	61
6.2.5 Synnytykseen liittyvistä asioista keskustelemisen tärkeys	62
6.2.6 Lapsivuodeaikaan liittyvistä asioista keskustelemisen tärkeys	63
6.2.7 Raskaus- ja lapsivuodeaikaisista terveystottumuksista keskustelemisen Tärkeys	64
6.2.8 Hoidon toteuttaminen lapsivuodeosastolla	67
6.2.9 Äitien omatoimisuuteen kannustaminen lapsivuodeosastolla	68
6.2.10 Keskustelun toteutuminen ennen kotiutumista	69
6.3 Avoimen kysymyksen vastaukset	70
6.4 Alkoholinkäyttöä ja tupakointia koskevien vastausten tarkastelu	71
6.4.1 Iän suhde siihen, pitääkö tärkeänä keskustella alkoholinkäytöstä	71
6.4.2 Iän suhde siihen, pitääkö tärkeänä keskustella tupakoinnista	71
6.4.3 Imetysohjaajakoulutuksen saannin suhde siihen, pitääkö tärkeänä keskustella alkoholinkäytöstä	72
6.4.4 Imetysohjaajakoulutuksen saannin suhde siihen, pitääkö tärkeänä keskustella tupakoinnista	72
6.4.5 Koulutuksen pituus suhteessa siihen, pitääkö tärkeänä keskustella alkoholinkäytöstä	72
6.4.6 Koulutuksen pituus suhteessa siihen, pitääkö tärkeänä keskustella tupakoinnista	73
6.4.7 Riippuvuussuhde sen välillä, pitääkö tärkeänä keskustella sikiötä vaurioittavista tekijöistä ja alkoholinkäytöstä	73
6.4.8 Riippuvuussuhde sen välillä, pitääkö tärkeänä keskustella sikiötä vaurioittavista tekijöistä ja tupakoinnista	74
6.4.9 Riippuvuussuhde sen välillä, pitääkö tärkeänä keskustella alkoholinkäytöstä ja tupakoinnista	75
7 POHDINTA	76
7.1 Tulosten tarkastelu ja johtopäätökset	76
7.2 Luotettavuus	78
7.3 Eettiset kysymykset	79
7.4 Opinnäytetyöprosessin tarkastelu	80
7.5 Kehittämisen- ja jatkotutkimusehdotukset	82
LÄHTEET	85
LIITTEET	
Kyselylomake (suomi)	
Saate (venäjä)	
Kyselylomake (venäjä)	
Tulosten frekvenssitaulukko	
Alkoholinkäytön riskitasotesti (suomi)	
Alkoholinkäytön riskitasotesti (venäjä)	
Fagerströmin nikotiiniriippuvuustesti (suomi)	

1 JOHDANTO

Vuonna 2003 aloitettiin suomalais-venäläinen, moniammatillinen yhteistyöhanke perheiden terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi. Hanke perustuu Maailman terveysjärjestön (World Health Organization, WHO), sekä Sairaanhoidon Tutkimuslaitoksen väliin sopimukseen yhteistyöstä. Lähtökohdaksi on asetettu WHO:n kaikkia jäsenmaitaan velvoittama päätöslauselma vuodelta 1994. Päätös koskee äitien ja lasten terveydenhuollon ja perhesuunnittelun kehittämistä. Hankkeen aikana on kartoitettu sekä hoitohenkilökunnan että äitien kokemuksia raskaudenaikaisesta sekä synnytyksen jälkeisestä hoidosta ja sen toteutumisesta Pietarin synnytyslaitos nro 9:n alueella. (Kangas 2003: 3.) Yhteistyössä oleville osapuolille on hankkeen aikana järjestetty erilaisia seminaareja ja koulutustilaisuuksia niin Pietarissa kuin Suomessakin.

Hankkeen aikana sekä äideille että hoitohenkilökunnalle suoritettujen kartoitusten pohjalta haimme työllemme punaista lankaa. Se löytyikin alkoholinkäytöstä ja tupakoinnista keskustelemisen tärkeyttä koskevista vastauksista. Hankkeen äideille (n = 104) tehdyssä alkukartoituksessa (Lassila – Ratola 2004) selvisi, että 1/3 vastanneista koki, ettei terveysneuvonta alkoholin ja tupakoinnin osalta vastannut heidän tarpeitaan. Hoitohenkilökunnalle tehty alkukartoitus (Toivonen 2005) puolestaan osoitti, että 40 % hoitohenkilökunnasta ei kokenut tärkeäksi keskustella alkoholinkäytöstä tai tupakoinnista äitien kanssa. Riskitekijöistä ei siis toistaiseksi siellä juurikaan puhuta. (Lassila – Ratola 2004: 31, 47; Toivonen 2005: 31.) Loppukartoituksessa noin viidesosa hoitohenkilökunnasta ei pitänyt lainkaan tärkeänä keskustella äitien kanssa alkoholinkäytöstä ja tupakoinnista raskaus- ja lapsivuodeaikana (kuviot 15–17).

Lääketieteessä on jo pitkään oltu yksimielisiä raskaudenaikaisen tupakoinnin ja alkoholinkäytön negatiivisista vaikutuksista, ja sen voidaankin sanoa kiistatta osoittaneen sekä alkoholin että tupakan haitallisuuden niin raskaana olevalle äidille itselleen kuin sikiölle. (Halmesmäki 1987: 9; Hausen – Knuuttila – Kärkkäinen 2000.) Raskaana olevien juomatapoja sekä raskaudenaikaiseen alkoholinkäyttöön liittyvien riskien tietämystä heidän keskuudessaan on selvitetty Suomessa mm. Erja Halmesmäen (1987) ja Kirsi Jaakkolan (1991) toimesta (Rautavuori 2001: 27). Mm. Merja Laitinen ja Minna Toikkanen (2003) ovat selvittäneet äitiyshuollon neuvonnan keinoja raskaana olevan tupakoinnista luopumiseksi pro gradu – tutkielmassaan.

Hoitotieteessä painopiste näyttää tällä hetkellä sijoittuneen siihen, miten terveydenhuollossa pystyttäisiin parhaiten vaikuttamaan alkoholinkäytön ja tupakoinnin lopettamiseksi, ja millaisia tehokkaita ja tuloksellisia keinoja äitiyshuollolla olisi tarjota ehkäistäkseen näistä elintavoista koituvia ongelmia ilman ohjauksesta syntyviä negatiivisia vaikutuksia, kuten syyllisyydentunteen luomista (Bakker – De Vries – Dolan Mullen – Van Breukelen 2005: 177; Chang – McNamara – Orav – Wilkins-Haug 2006: 419, 422; Eiser ym. 2001: 485; Handmaker Sheehy – Wilbourne 2001: 219). Tutkimukset eri puolilla maailmaa selvittävät hoitohenkilökunnan asenteita, valmiuksia ja ammattitaitoa antaa terveysneuvontaa raskaana oleville naisille alkoholin ja tupakoinnin haitoista (Croghan 2005: 48–50; Dake – Jordan – Price 2006: 208; Hannover ym. 2005: 32; Rimmer 2005). Eri maissa on tutkittu myös naisten tietoisuutta raskaudenaikaiseen alkoholinkäyttöön ja tupakointiin liittyvistä riskeistä ja tilastoitu alkoholia käyttävien ja tupakoivien odottavien äitien määriä. Vaikka riskit tiedostetaan laajalti, jatkavat monet naiset silti alkoholinkäyttöään ja tupakointiaan raskaaksi tullessaan. (Abrahamsson 2004: 3; Chan – Koren 2003: 165; Rautavuori 2001: 24.)

Opinnäytetyömme tarkoituksena on kuvata hankkeen viimeistelleen loppukartoituksen tulosten pohjalta hoidon nykytilannetta kyselylomakkeen sisältämien aihepiirien osalta. Tuomme pääpiirteittäin esille myös alkukartoituksen tuloksia, erityisesti alkoholinkäyttöä ja tupakointia koskevien väittämien osalta. Tarkoituksenamme ei kuitenkaan ole vertailla kaikkia alkukartoituksen tuloksia loppukartoituksen tuloksiin. Teoreettisen viitekehyksen tarkoituksena on antaa tietoa raskaudenaikaisen alkoholinkäytön ja tupakoinnin haitoista sekä kuinka hoitohenkilökunta voi ohjata ja tukea alkoholia käyttäviä tai tupakoivia äitejä. Pyrimme työmme avulla myös virittämään keskustelun Pietarin synnytyslaitos nro 9:n hoitohenkilökunnan keskuudessa aiheen tärkeydestä alueen raskaana olevien naisten neuvonnan parantamiseksi alkoholinkäytön ja tupakoinnin osalta.

2 RASKAANA OLEVA ALKOHOLIA KÄYTTÄVÄ NAINEN HOITOTYÖN HAASTEENA

2.1 Alkoholi ja raskaus lääketieteellisestä näkökulmasta

Alkoholi on vanhin tunnetuista huumeista, ja sen historia ulottuu pitkälle. Samoin näyttää ulottuvan ihmisten tietoisuus sen haitoista. Jo Vanhassa Testamentissa (Tuomarien kirja 13:7) viitataan suoraan siihen, että raskaana olevan täytyisi välttää nauttimasta alkoholia (Halmesmäki 1985: 21). Historiaa tarkasteltaessa voidaan kuitenkin huomata, että myös yhteiskunnan alkoholipolitiikalla on merkityksensä väestön juomatapoihin. Kun 1700-luvun Englanti teki lainmuutoksen alkoholinkäytön suhteen, olivat seuraukset nopeasti nähtävillä. Lakimuutos salli viinankäytön, ja pian se oli kaikkien saatavilla. Syntyvyys sen sijaan alkoi laskea ja pienten lasten kuolleisuus nousta. Syy-yhteys selvisi vuonna 1843 asiaa selvittäneen tutkijaryhmän julkaisemien tulosten myötä. (Halmesmäki 1987: 9; Halmesmäki 1985: 21.)

Ensimmäinen varsinainen tieteellinen tutkimus raskaudenaikaisen alkoholinkäytön sikiöön kohdistuvista vaaroista julkaistiin Pariisissa vuonna 1968. Tuloksia vahvistettiin pian mm. muutamien yhdysvaltalaisen tutkimusten taholta. Siltikin vielä muutamien vuosikymmenten ajan alkoholia käytettiin jopa lääketieteen apuna, kun konjakkia määrättiin supistusten lieventämiseksi ja alkoholia nautittiin ennen aikaista synnytystä ehkäisemään. Suomessa vuonna 1979 lääketieteellinen Duodecim-lehti julkaisi kirjoituksen alkoholin aiheuttamista sikiövaurioista. (Halmesmäki 1987: 9; Halmesmäki 1985: 22.)

2.1.1 Alkoholi ja nainen

Naiselle runsas alkoholinkäyttö voi aiheuttaa mm. kuukautiskierron häiriöitä, muutoksia munasarjojen hormonituotannossa sekä vaikeuksia munasolun kypsymisessä ja irtoamisessa. Lisäksi naista koskettavat tietenkin alkoholinkäytön kokonaisterveydelliset vaikutukset, kuten kohonnut riski sairastua haimatulehdukseen, maksakirroosiin ja kardiomypatiaan. Raskaudenaikainen alkoholinkäyttö lisää keskenmenon riskiä, verenvuotoja, hidastaa sikiön kasvua ja voi johtaa lapsen vaikeaan kehitysvammaan, fetaalialkoholisyndroomaan (FAS) sekä hapenpuutteen kautta aivovauriovaaraan ja lopulta jopa siki-

ön kuolemaan. (Halmesmäki 2000: 15; Yleislääketiede 2005: 381.) Nykykäsityksen mukaan äidin keskimääräisen alkoholinkulutuksen ollessa vähintään 8 ravintola-annosta viikossa, ovat alkoholin sikiölle aiheuttamat vauriot luotettavasti havaittavissa. Jo 2–3 päivittäistä annosta kaksinkertaistaa keskenmenovaaran. (Yleislääketiede 2005: 285.)

2.1.2 Alkoholi ja sikiö

Varsinaista riskirajaa alkoholinkäytölle on mahdotonta määritellä ja minkäänlaista koh-
tuuskäyttöäkään ei voida pitää sikiölle nykytiedon mukaan turvallisena. Sikiövauriot ja keskenmenovaara riippuvat käytetyistä määristä ja käytön tiheydestä, mutta samoilla al-
koholiannoksilla on todettu olevan myös yksilöllisiä eroja vaurioiden kehittymisen suh-
teen. Raskaana olevien suositellaankin pidättäytyvän kokonaan alkoholinkäytöstä. Tur-
vallisinta olisi toimia näin jo raskautta suunniteltaessa. (Kätilötyö 2006: 350; Rimmer
2005.)

Istukka ei suodata alkoholia, joten raskaana olevan naisen nauttima alkoholi kulkeutuu
sikiöön läpäistessään istukan. Sikiön veren alkoholipitoisuus nousee nopeasti samalle
tasolle äidin veren alkoholipitoisuuden kanssa. Tapahtumaa on tutkittu mm. rhesus-
apinoilla. Testeissä todettiin, että noin tunnin kuluessa alkoholi-injektioista oli sikiön ve-
ren alkoholipitoisuus noussut emon veren pitoisuutta vastaavalle tasolle. Myös humala-
tilassa synnyttävän äidin vastasyntyneen lapsen alkoholipitoisuuden on todettu useim-
miten olevan samaa tasoa äidin pitoisuuden kanssa. (Halmesmäki 2000: 9.)

Alkoholi kulkeutuu sikiön kudoksiin sekä virtsan, keuhkojen ja ihon läpi lapsiveteen,
josta sikiön niellessä lapsivettä se palaa takaisin sikiöön. Alkoholi poistuu lapsivedestä
hitaammin kuin äidin ja sikiön verestä. Näin pitoisuus lapsivedessä voi ajoittain nousta
jopa veren pitoisuutta korkeammaksi. Raskaana olevan naisen maksa eliminoi alkoholin
sen lopulta palatessa istukan kautta takaisin äidin verenkiertoon. Ensimmäisen raskaus-
kolmanneksen aikana sikiön maksan kyky metaboloida alkoholia on 3–4 prosenttia ja
vastasyntyneellä noin puolet aikuisen maksan vastaavasta kyvystä. (Halmesmäki 2000:
9.)

Alkoholille altistuneen sikiön liikkeet vähenevät ja sydämen rytmi saattaa muuttua. Tä-
mä voidaan todeta kardiotokografissa (KTG). Äidin ollessa humalatilassa on KTG-

käyrä monotoninen ja siitä puuttuvat sekä lyhyen että pitkän aikavälin vaihtelut. Tämä kuvastaa sikiön hapenpuutetta. Pitkään jatkuessaan hapenpuute voi johtaa sikiön aivo- vaurioon ja pahimmillaan kuolemaan. Äidin veren pitoisuuden laskiessa palautuu yleensä KTG-käyrän normaali variaatio. Alkoholinkäyttö heikentää napanuoran verenvirtaus- ta, mikä johtaa juuri hapenpuutteeseen, mutta myös sikiön ravinnon saannin heikkene- miseen. (Halmesmäki 2000: 15–16.)

Erityisesti kolmannen raskauskolmanneksen aikainen runsas alkoholinkäyttö hidastaa sikiön kasvua. Ultraäänitutkimuksilla on helppoa osoittaa päänympäryksen ja vat- sanympäryksen kasvun hidastumat, joita alkoholinkäyttö eniten aiheuttaa. Mittaustulok- sia verrataan normaaliarvoihin tilanteen selvittämiseksi. Sikiön kasvun hidastuminen vaatii seurantaä esimerkiksi äitiyspoliklinikalla tai antenataaliosastolla. (Halmesmäki 2000: 16.)

2.2 FAS-oireyhtymä

Runsas alkoholinkäyttö raskauden aikana aiheuttaa sikiölle vakavan riskin syntyä vauri- oituneena. Vakavin alkoholinkäytön aiheuttamista vaurioista on fetaalialkoholisyn- drooma eli FAS (Rautavuori 2001: 8). Teoksessaan FAS-lapsi, nainen, perhe ja yhteis- kunta Rautavuori (2001: 10) summaa tutkimuksia, joissa on pohdittu FAS-oireyhtymän syntyyn vaikuttavien taustatekijöiden olemassaoloa. Sellaisiksi on näissä tutkimuksissa esitetty erityisesti alhaiseen sosiaaliluokkaan ja raskaudenaikaiseen tupakointiin liittyvät riskitekijät.

FAS-lapsi kärsii läpi elämänsä alkoholin aiheuttamista vaurioista eivätkä kehityshäiriöt korjaannu iän myötä vaan ovat pysyviä. Varhainen diagnoosi sekä oikeanlainen hoito ja hoitohenkilökunnan suhtautuminen auttavat FAS-lastä ja nuorta sekä hänen perhettään saavuttamaan mahdollisimman hyvän tulevaisuuden. (Rautavuori 2001: 19.) Halmes- mäki (2000: 21) pitää FAS-oireyhtymää alidiagnosoituna, joten todellisia määriä vuosit- tain syntyvistä FAS-lapsista ja näin ollen tarkasta esiintyvyydestä on luultavasti hyvin vaikeaa selvittää.

Kanadalaisessa tutkimuksessa selvitettiin pediatrien, yleislääkäreiden, obstetrikköjen, gynekologiöjen sekä kätilöiden (n = 5361) tietämyksen tasoa sekä asenteita FAS-

syndroomasta ja raskaudenaikaisesta alkoholinkäytöstä. Tutkimuksen pohjalta esitetään, että kanadalaisten terveydenhuollon ammattilaisten tiedostaessa joitakin osatekijöitä, tarvitaan edelleen lisää koulutusta, jotta apua osattaisiin antaa niille raskaana oleville naisille, joilla on riski saada FAS-lapsi sekä FAS-lapsille ja heidän perheilleen. Myös oikeiden diagnoosien tekeminen edellyttää riittävää tietotasoa. (Public Health Agency of Canada 2005: 2–3, 26–27.)

Tutkimuksessa painotetaan muutamia osa-alueita, jotka erityisesti kaipaisivat parannusta. Tuloksista selvisi, että vaikka 94 % työntekijöistä kysyi alkoholinkäytöstä, vajaa 40 % ei osannut tunnistaa kaikkia alkoholinkäyttäjiä, erityisesti silloin kun he olivat korkeasti koulutettuja, sosiaalisissa tilanteissa juovia, yli 35 vuoden ikäisiä, seksuaalista tai emotionaalista hyväksikäyttöä kokeneita tai korkean ekonomisen statuksen omaavia naisia. Näin ollen tarkempia tunnistamisen keinoja tarvittaisiin. Jopa alle 60 % vastanneista koki olevansa valmis hoitamaan alkoholiriippuvaisia ja -ongelmaisia äitejä sekä FAS-oireyhtymän omaavia henkilöitä. (Public Health Agency of Canada 2005: 11–20, 28.)

FAS-oireyhtymän diagnosoinnin suhteen tarvittaisiin tulosten perusteella parempaa koulutusta, sillä vain 60 % vastanneista tiesi FAS-oireyhtymän diagnosointiin vaadittavat tunnusmerkit. Terveydenhuollon ammattilaisista yli puolet tunnustivat itsekin koulutuksen puutteesta johtuvat rajoituksensa diagnosoida FAS-oireyhtymä. (Public Health Agency of Canada 2005: 20, 26, 28–29.)

Tulokset osoittavat, että tiedoissa on suuria eroavaisuuksia eri ammattiryhmien välillä ja yleisesti ottaen puutteita, vaikka jonkinlaiset perustiedot omattaisiinkin. Koulutuksen tulisi olla standardisoitua ja eri ammattiryhmien tarpeita vastaavaa. Tutkimuksessa painotetaan myös, että jokaisen osapuolen etujen kannalta olisi tärkeää osata selkeästi ja oikein käyttää myös termiä FAE (fetal alcohol effects), joka ei ole maailmanlaajuisesti yleisesti käytössä oleva diagnostinen termi. (Public Health Agency of Canada 2005: 11–20, 26, 30–31, 34.)

2.2.1 FAS-oireyhtymän tunnusmerkit

FAS-oireyhtymä aiheuttaa lapselle tunnusomaisia piirteitä ja kehityshäiriöitä. Seuraavassa on lueteltuna FAS-oireyhtymän tunnusmerkit:

- Lapsen pysyvä huomattavasti normaalia vähäisempi ja hitaampi kasvu jo raskauden aikana sekä sen jälkeen
- Keskushermoston erilaiset toiminnan häiriöt
- Tyypilliset ulkonäköpiirteet, joista FAS-lapsella todetaan ainakin kaksi seuraavista:
 - pieni pää (mikrokefalia)
 - pienet silmät ja kapeat luomiraot
 - ohut sileä ylähuuli, ylähuulen ja nenän välimatka suhteellisesti ottaen pitkä, matalat poskipäät, pieni leuka. (Rautavuori 2001: 8).

Näistä tunnusmerkeistä FAS-diagnoosin kriteereiksi vaaditaan täyttyvän kaksi ensimmäistä kohtaa eli hidastunut kasvu ja keskushermoston toimintahäiriöitä. Lisäksi ulkonäöllisistä tyypipiirteistä lapsella tulee esiintyä vähintään kaksi edellä mainituista kohdista. Myös äidin raskaudenaikainen alkoholinkäyttö tulee todentaa diagnoosin antamiseksi. (Rautavuori 2001: 8.)

2.2.2 FAS-oireyhtymän syyt ja seuraukset

FAS-lapsilla kasvu on hidastunut jo sikiöaikana. Oireen esiintyminen ei vaadi varsinaista alkoholismien määritelmän täyttymistä, sillä jo 8–10 viikoittaisen alkoholiannoksen on todettu hidastavan sikiön kasvua. Alkoholi-altistuksen määrällä on kuitenkin vaikutusta kasvun hidastumisen vaikeusasteeseen. Suurempi altistus aiheuttaa vaikeamman kasvuhidastuman. Noin 80 % alkoholistien lapsista syntyy pienipainoisina raskauden keston nähden. Helsingin Yliopistollisen Keskussairaalan Naistenklinikalla yli kuudeltasadalta päihdeongelmaiselta äidiltä kerättyjen tietojen mukaan alkoholille runsaasti altistunei-

den täysiaikaisina syntyneiden lasten keskipainot ovat huomattavasti alhaisempia verrattuna suomalaisten ensisynnyttäjien lasten keskipainoihin. (Halmesmäki 2000: 21.)

Elinten epämuodostumien riski on suurin niillä lapsilla, joiden äidillä on ollut humalahakuista alkoholinkäyttöä raskauden ensimmäisen raskauskolmanneksen aikana. Tämä on sisäelinten muodostumisen vuoksi erityisen herkkää aikaa, ja äiti ei välttämättä vielä edes tiedä olevansa raskaana. (Rautavuori 2001: 11.)

Pienipäisyyden on todettu ennustavan tulevaa henkistä ja fyysistä jälkeenjääneisyyttä, joten sitä voidaan syystä pitää vakavana löydöksenä. Mikrokefalia ei korjaannu iän myötä. Niin neurologisten oireiden kuin myös henkisen ja fyysisen jälkeenjääneisyyden vaikeusaste riippuu alkoholialtistuksen määrästä. Myös älykkyydosamäärä jää FAS-lapsilla heikoksi, keskimäärin 60–70:een. Vaikeimmin sairaat FAS-lapset ovat vakavasti kehitysvammaisia ja sijoittuvat laitoshoitoon. (Halmesmäki 2000: 21–22.)

Rautavuori (2001: 11) esittää tutkimusten pohjalta, että sikiön vaurioitumisriskiin ja sen vakavuuteen vaikuttavat mm. äidin alkoholismin kesto, sosiaalinen verkosto, puoliso, ystävät, neuvolan kyky tunnistaa alkoholin suurkuluttaja ja ohjata hänet jatkohoitoon, sairaalan henkilökunnan tahto ja mahdollisuudet järjestää katkaisuhuolto, äidin kyky asettaa sikiön etu alkoholiriippuvuuden edelle sekä yhteiskunnan mahdollisuudet pakottaa raskaana oleva äiti katkaisuhuoltoon tarpeen niin vaatiessa. Rautavuori (2001: 11) muistuttaa, että äitiyshuollon tulisi huomioida, ettei äitejä pidä huolestuttaa liikaa. Pelosta aiheutuva stressi ei myöskään ole sikiön etujen mukaista ja pahimmassa tapauksessa raskauden alussa nautitun pienen alkoholimäärän vuoksi aiheutuva pelko sikiön vaurioitumisesta ajaa äidin selektiiviseen aborttiin. On kuitenkin kenties hyvä tähdentää, että sikiöllä on sitä paremmat ennusteet, mitä aikaisemmin alkoholinkäyttö on lopetettu tai sitä on edes kyetty vähentämään.

2.2.3 FAE-oireyhtymä, ARDN ja ARBD

FAS-oireyhtymän ohella puhutaan myös FAE-oireyhtymästä (fetal alcohol effects). Tämä diagnoosi ei edellytä kaikkia FAS-diagnoosin edellyttämiä tunnusmerkkejä. Koska FAE ei ole kansainvälisesti yhdenmukaisesti luokiteltu diagnoosi, vaikeutuu sen kliininen käyttö. Mm. Yhdysvalloissa FAE-diagnoosia ei katsota lääketieteelliseksi diag-

noosiksi. ARND-lyhennettä (alcohol-related neurodevelopmental disorder) voidaan käyttää, kun puhutaan pelkästä keskushermoston toiminnanhäiriöstä, joka voidaan yhdistää raskaudenaikaiseen alkoholinkäyttöön. Raskaudenaikaisen alkoholikäytön aiheuttamista elimellisistä vaurioista, kuten kallon epämuodostumasta, munuaisen tai muun sisäelimen epämuodostumasta tai sydänviasta, voidaan käyttää lyhennettä ARBD (alcohol-related birth defect). (Rautavuori 2001: 9.)

2.3 Hoitohenkilökunnan vastuu alkoholia käyttävän äidin neuvonnan toteutumisesta

Suomen Tilastokeskus tutki vuonna 1983 suomalaisten tietoisuutta alkoholinkäytön vaaroista raskauden aikana. Jopa 95 % hedelmällisyysikäisistä naisista oli pääpiirteissään tietoisia näistä haitoista, vaikka tuolloin tiedotusvälineet eivät olleet vielä tuoneet asiasta esille kuin hajatietoja. (Kokko 1985: 15.) Suomen ensimmäinen eri tiedotuskanavia pitkin suureen kohdeyleisöön suunnattu valtakunnallinen seminaari raskaudenaikaisesta alkoholinkäytöstä järjestettiin vuotta myöhemmin, vuonna 1984. Tällöin seminaarista puhjennut keskustelu osoitteli sormellaan järjestäjätahon syyllistävää tapaa puhua sikiöhaitoista ja seminaarin sanomaa väitettiin jopa eettisesti arveluttavaksi. (Kokko 1985: 13.)

Tästä keskustelusta haarautui kaksi hyvin tärkeää vielä tänäkin päivänä puhuttavaa ajattelulinjaa. Toisaalta sikiöhaitat ovat vakavia ja ne täytyy saattaa ihmisten tietoisuuteen, mutta toisaalta on myös paikallaan pohtia, mikä on terveydenhuollon ammattihenkilölle sopiva ja eettisesti perusteltu tapa puhua asiakkaalle tästä asiasta. Alkoholinkäytön ehkäisyäitiysneuvola toimikenttänään vaatii henkilökunnan koulutusta ja sopivaa opetusmateriaalia, sekä malleja, joita käyttää apuna päämäärän saavuttamiseksi. Keskustelua raskaudenaikaisen alkoholinkäytön lopettamiseen tähtäävästä neuvonnasta leimaavat käsitykset siitä, että asiakkaalla on oikeus saada tietää terveyteensä vaikuttavista tekijöistä, kuin myös siitä, että hoitoa on saatava ehdoitta – ilman hoitavan osapuolen luomia ennakkoarvoja tai -asenteita. Nämä kysymykset nousevat vahvasti esiin, kun puhutaan ihmisen omien elintapojen ja kulutustottumusten aiheuttamista haitoista, varsinkin, kun vaikutukset ulottuvat alkoholinkäyttäjää pidemmälle – sikiöön. (Karttunen 1985: 11; Kokko 1985: 13–15.)

Äitiysneuvolalla on hyvin tärkeä tehtävä tunnistaa ongelmallinen päihteidenkäyttö ja pyrkiä ottamaan se puheeksi sekä ryhtyä tarvittaviin tukitoimiin mahdollisimman varhain. Raskaudenaikainen alkoholinkäyttö aiheuttaa merkittävästi sikiövaurioita. Äidin alkoholinkäytöstä aiheutuvat sikiöaikaiset vauriot lapsen keskushermostossa ovatkin nykytiedon mukaan maailmanlaajuisesti yleisin yksittäinen kehitysvammaisuuden aiheuttaja. (Alho – Kankkunen 2006: 36; Rautavuori 2001: 7; Rimmer 2005.) Äitiysneuvolan tehtävänä on taata perustietojen saaminen, jotta äidit ja perheet ymmärtäisivät alkoholinkäytön vaikutukset sikiöön. Lisäksi voidaan käynnistää tukitoimia tai ohjata äiti erikoissairaanhoidon. (Yleislääketiede 2005: 285.) Sen lisäksi, että terveydenhuollon tehtävänä on jakaa tietoa päihteidenkäytön haitoista, on olennaista tunnistaa alkoholia käyttävät äidit mahdollisimman varhain, mielellään jo heti, kun raskaus on todettu (Alho – Kankkunen 2006: 37; Halmesmäki 2000: 8).

2.4 Odottavan äidin alkoholinkäytön tunnistaminen

Alkoholin suurkuluttajan raskaus on aina riskiraskaus. Ainoa keino tunnistaa tämänkaltaisen riskiraskaus on kysyä asiasta suoraan. Päihteettömyyteen tukeminen on erittäin tärkeää, jotta voitaisiin säästyä perhettä mahdollisesti kohtaavalta surulta ja menetykseltä sekä toisaalta myös vähentää sosiaali- ja terveydenhuollon menoja. (Yleislääketiede 2005: 285–286.)

Asiakkaan psyykkiset oireet kuten ahdistus, masennus, unettomuus ja levottomuus voivat viitata alkoholin ongelmakäyttöön. Myös osa fyysisistä oireista kuten vatsavaivat, kohonnut verenpaine ja sydämen rytmihäiriöt sekä tapaturmat saattavat liittyä runsaaseen alkoholinkäyttöön. (Inkinen 2007: 666.) Ongelmallisesta päihteidenkäytöstä kärsivät hakeutuvatkin usein juuri näiden sivuoireiden vuoksi terveydenhuollon piiriin, mutta perimmäistä syytä näiden taustalla, alkoholin suurkulutusta, ei välttämättä huomata (Rautavuori 2001: 24). Asiakkaan tuodessa esille jonkin psyykkisen tai fyysisen oireen, kannattaa tähän keskustelunavaukseen tarttua ja pyrkiä selvittämään mahdollista alkoholinkäyttöä syiden taustalla (Alho – Kankkunen 2006: 38; Inkinen 2007: 666).

Etenkin naisten on todettu peittelevän todellista ongelmaa. Tämä asettaa vaikeuksia oikeanlaisen hoidon ja avun toteutumiselle. (Rautavuori 2001: 24.) Luonteva keskustelu päihteistä ja rehellinen tosiasioiden kertominen rohkaisevat useasti naista puhumaan

avoimesti ongelmastaan. Hoitohenkilökunnan tekemä huolellinen haastattelu sekä suorat ja asialliset kysymykset kannustavat äitiä vastaamaan totuudenmukaisesti. (Alho – Kankkunen 2006: 38; Iisakka – Keski-Kohtamäki 2007: 485.) Spontaani ja rutiininomainen keskustelu ja kysyminen alkoholista onkin paras tapa selvittää raskaana olevan naisen alkoholinkäyttöä. Vaikka alkoholinkäyttö olisikin yleisesti ottaen hyväksyttyä ja äidin käyttämät alkoholimäärät ns. kohtuukäytön rajoissa (1–2 viikottaista alkoholianosta), olisi käytön aiheuttamat riskit kuitenkin hyvä käydä läpi neutraalisti, samoin kuin mitä tahansa muutakin aihetta, kuten vaikkapa liikunnan tai ruokavalion merkitystä raskauden aikana. (Andersson 2001: 29; Halmesmäki 2000: 8; Handmaker Sheehy – Wilbourne 2001: 220.) Mikäli raskaana oleva äiti vastaa käyttävänsä alkoholia esimerkiksi vähän, kannattaa tarkentaa, mitä 'vähän' hänen kohdallaan tarkoittaa alkoholianoksina viikossa; viinilaseina, olutpulloina tai väkevänä alkoholina. Ihmiskeho reagoi yksilöllisesti alkoholiin, ja näin ollen se mikä toiselle on vähän, voi toiselle olla hyvin paljon. Erityisesti alkoholin suurkuluttajat pyrkivät vähättelemään alkoholinkulutustaan, joten heidän ilmoittamansa määrät tulisikin kertoa kolmella, jotta päästäisiin lähelle totuudenmukaista kulutusta. (Halmesmäki 2000: 6, 8.)

Keskustelun alkoholinkäytöstä voi myös avata kysymällä tupakoiko odottava äiti. Jos hän kertoo tupakoivansa, voidaan jatkaa selvittämällä päivittäistä poltettavien savukkeiden määrää. Tämän jälkeen voidaan luontevasti siirtyä alkoholia koskeviin kysymyksiin. Ensimmäiseksi selvitetään, kuinka monta lasillista tai pullollista äiti keskimäärin viikossa juo, ja mikä hänen lempijuomansa on. Seuraavaksi voidaan kysyä, millaisessa seurassa alkoholia yleensä nautitaan; juoko äiti yhdessä miehensä tai ystäviensä kanssa, lähteekö hän ulos viettämään iltaa vai tapahtuuko juominen lähinnä yksin ollessa. Sen jälkeen on luontevaa tiedustella illassa nautittujen lasillisten tai pullollisten määrää. Tähän voidaan liittää kysymys, seuraako sellaisesta määrästä koskaan ns. krapulaa ja jos tulee, onko äiti koskaan ottanut krapularyypyyä eli nauttinut huonon olonsa helpottamiseksi lisää alkoholia. Samalla hoitotyöntekijä voi todeta krapulan olevan kehon täysin luonnollinen reaktio alkoholin liialliselle nauttimiselle. (Halmesmäki 2000: 8.)

Alkoholinkäyttöä koskevien kysymysten esittäminen koetaan terveydenhuollon työntekijöiden mielestä usein kiusallisena asiana. Syynä voi olla työntekijän oma suhtautuminen alkoholiin, siihen liittyvä ahdistus ja jännitys tai yleisesti elämäkokemus ja hoitotyöntekijän ajatusten kapea-alaisuus. Myös asiakkaan persoonallisuudella tiedetään olevan vaikutusta sosiomedisiinisten ongelmien lähestymismahdollisuuksiin. Strukturoitu

haastattelurunko voi helpottaa asioiden esiintuomista silloin, kun keskusteleminen alkoholinkäytön osalta koetaan hankalaksi henkilökunnan puolelta. (Halmesmäki 2000: 7–8.) Maarit Andersson (2001: 29) kuitenkin toteaa, että Stakesin tekemän selvityksen mukaan päihteidenkäyttöön puuttuminen jopa paransi hoitajan ja asiakkaan välistä kontaktia, toisin kuin yleisesti luullaan. Lisäksi Andersson (2001: 29) painottaa keskustelun tärkeyttä juuri raskausaikana, sillä se on motivoiva ja merkittävä elämänvaihe niin hoitoon sitoutumisen kuin syntyvän lapsen terveyden kannalta.

Suomessa alkoholiongelman varhaiseksi havaitsemiseksi käytetään mm. Audit -lomaketta (liite 5 ja 6), joka suositellaan tehtävän jokaiselle raskaana olevalle naiselle ja hänen kumppanilleen. Audit -lomake sisältää kymmenen kysymystä, ja se toimii parhaiten kokonaan täytettynä. (Alho – Kankkunen 2006: 38; Inkinen 2007: 666.) Päihdeongelman tunnistamisessa voidaan haastattelun tukena käyttää myös laboratoriotutkimuksia (Käypä hoito – suositus 2005a).

Kun raskaana olevan alkoholinkäyttö on tunnistettu, on tarpeen aloittaa moniammatillinen yhteistyö äidin tukemiseksi. Hoito tulisi keskittää päihdeäitien hoitoon perehtyneeseen yksikköön, kuten erityisäitiyspoliklinikalle. Suomessa neuvolat ovat pääasiassa vastuussa tunnistamisen toteutumisesta, mutta myös lastensuojelutyö sekä päihdehuolto osallistuvat tunnistamiseen ja hoitoonohjaukseen. Ensisijainen tavoite raskaana olevan alkoholikäyttäjän hoitotyössä on aina täysi päihteettömyys. Äitiyshuollon on tärkeää motivoida äitiä päihteettömyyteen ja keskustella alkoholinkäytöstä. Päihteettömyyteen tukemisen tulisi olla koko raskausajan kestävä prosessi. (Alho – Kankkunen 2006: 38.)

Valitettavasti kaikkia alkoholiongelmaisia äitejä ei ole mahdollista tunnistaa. Tehokkaiden tunnistuskeinojen lisäksi tarvitaan ehdottomasti päihdeongelman omaa halukkuutta hakeutua hoitoon. Tästä syystä hoidosta olisi tehtävä mahdollisimman yksinkertaisesti ja helposti saavutettavaa, ja sen tulisi tarjota äidille todellinen vaihtoehto hänen alkoholinkäytönsä. (Bäckmark-Lindqvist ym. 2007: 1152.)

2.5 Neuvonta, ohjaus ja tukeminen alkoholinkäytön lopettamiseksi

Neuvonta ja ohjaus ovat olennainen osa hoitohenkilökunnan ammatillista toimintaa ja tärkeä osa asiakkaiden hoitoa. Neuvonta- ja ohjauskäsitteitä käytetään paljon hoitotyös-

sä ja niitä käytetään joskus myös rinnastettavissa olevina käsitteinä. Neuvonta on prosessi, jossa hoitaja auttaa asiakasta tekemään valintoja esimerkiksi päättämällä opeteltavan asian. Ohjaus eroaa neuvonnasta siten, että siinä pidättäydytään suorien neuvojen antamisesta. Ohjausta voidaan kuvata osana hoitotyön ammatillista toimintaa, hoito- tai opetusprosessia. Se on tavoitteellista ongelmanratkaisua, asiakkaan omien kokemusten erittelyä ja niistä oppimista. Ohjaus voidaan määritellä asiakkaan ja hoitajan aktiiviseksi ja tavoitteelliseksi toiminnaksi, joka on sidoksissa heidän taustatekijöihinsä ja tapahtuu vuorovaikutteisessa ohjaussuhteessa. (Kyngäs – Kääriäinen 2006.) Neuvonnan ja ohjauksen alkoholinkäytön lopettamiseksi tuleekin olla yksilöllistä ja lähteä jokaisen neuvottavan omasta elämäntilanteesta ja alkoholinkäyttötavoista (Käypä hoito –suositus 2005a).

Edellytyksenä hyvälle ohjaukselle voidaan mainita mm. hoitajan omien lähtökohtien tunnistaminen (Kyngäs – Kääriäinen 2006). Kiireen, turhautumisen ja tiedon puutteen lisäksi negatiivisten asenteiden syynä voi olla myös henkilökunnan vaikeus tunnistaa oma asenteensa alkoholinkäyttöön. Tutkimusten mukaan päihdepotilaat vaistoavat heidän parantumiseensa kohdistuvan kielteisen suhtautumisen. (Rautavuori 2001: 25.) Raskaana olevan alkoholinkäyttäjän kohtaamisessa hoitotyöntekijän suhtautumisen tulisi olla asiallista ja neutraalia mahdolliseen päihdeongelmaan (Inkinen 2007: 666).

Hoitajan on myös muodostettava käsitys siitä, mitä ohjaus on, miksi ja miten hän ohjaa sekä siitä, onko asiakas vastuussa valinnoistaan, ja millainen ammatillinen vastuu hoitajalla on edistää asiakkaansa valintoja (Kyngäs – Kääriäinen 2006). Käytännössä alkoholiongelmaisten naisten edellytykset toteuttaa itselleen asettamia tavoitteita päihhteettömyyden suhteen eivät usein riitä, joten äidit tarvitsevat runsaasti ulkopuolista apua selviytyäkseen päihdeongelmastaan (Rautavuori 2001: 24). Hoitotyöntekijän tulisi kiinnittää huomiota myös asiakkaan taustatekijöihin. Taustatekijät toimivat perustana ohjauksen suunnittelulle. Myös ohjaussuhteen rakentuminen ja se, miten hyvin siinä tuetaan aktiivisuuteen ja tavoitteellisuuteen, vaikuttavat lopulliseen tulokseen. Kirjaamiseen ja ohjauksen arviointiin kannattaa myös kiinnittää huomiota. (Kyngäs – Kääriäinen 2006.) Yhdysvalloissa (2006) tutkittiin, millaisen tavoitteen lyhyen ohjauksen aikana raskaana oleva nainen (n = 115) ja hänen kumppaninsa asettivat alkoholinkäytölleen raskauden ajaksi, ja miten tämä tavoite näkyi lopullisessa alkoholinkäytössä. Naiset valitsivat joko täysin pidättäytyvänsä alkoholista raskauden ajan tai vähentävänsä alkoholinkäyttöä. Suurin osa naisista valitsi kokonaan pidättäytymisen. Naisen asettamasta tavoitteesta

tutkijat pystyivät ennustamaan, minkälaista alkoholinkäyttö tulisi olemaan raskauden aikana. Ne tutkimukseen osallistujat (75 %), jotka ensikäynnille tullessaan olivat jo lopettaneet alkoholinkäytön ja jotka päättivät ensikäynnillä pidättäytyvänsä alkoholista koko raskauden ajan, myös pysyivät parhaiten päihteettöminä. Sitä vastoin naiset, jotka päättivät vain vähentää alkoholinkäyttöänsä (25 %), tosiasiaa vähensivät sitä kaikkein vähiten. Tutkijat tähdentävät, että se minkä päätavoitteen nainen itselleen alkoholinkäytön suhteen asettaa, on tärkeimmässä osassa käytön vähentämisessä. (Chang ym. 2006: 419, 422.)

Hoitotyöntekijän havaittua alkoholiongelman voi hän käyttää apunaan mini-interventiota (lyhytohjaus). Mini-intervention tavoitteena on auttaa asiakasta huomaamaan alkoholin suurkulutuksen riskit sekä motivoida vähentämään alkoholinkäyttöä tai tukea käytön lopettamisessa. Mini-interventio on tarkoitettu ensisijaisesti käytettäväksi varhaisvaiheessa oleville päihteidenkäyttäjille, joille alkoholin nauttiminen aiheuttaa terveysriskin. Mini-interventio sisältää suppeimmassa muodossaan riskikäytön tunnistamisen sekä keskustelun alkoholinkäytöstä ja sen vaikutuksista asiakkaan terveyteen. Laajemmassa merkityksessään se sisältää muutoshalukkuuden selvittämisen ja tukemisen, ohjauksen alkoholinkäytön vähentämiseksi, henkilökohtaisten tavoitteiden asettamisen sekä tarvittaessa sosiaalisen tuen järjestämisen. (Inkinen 2007: 666–668.)

Yhdysvalloissa tutkittiin (2001–2004) lyhyen, 10–15 minuuttia kestävän ohjauksen tehokkuutta naisille (n = 4084), jotka käyttivät alkoholia raskautensa aikana. Ohjauksen suoritti siihen koulutettu ravitsemusterapeutti. Tutkimuksen mukaan ohjauksen saaneet naiset olivat viisi kertaa useammin raittiita kuin raskaana olevat naiset, joiden alkoholinkäyttöä oli ainoastaan arvioitu, ja joita oli kehoitettu lopettamaan alkoholin nauttiminen. Naiset, jotka olivat saaneet ohjausta, saivat syntymäpainoltaan suurempia lapsia ja raskauden kestot olivat verrokkiryhmää pidempiä. Vastasyntyneiden kuolleisuus oli jopa kolme kertaa alhaisempi ohjausta saaneen ryhmän naisilla verrattuna ryhmään, joka ei sitä ollut saanut. Tulosten pohjalta esitetään, että myös hoitohenkilökuntaan kuulumattoman, mutta asiaan koulutetun ohjaajan, raskaana olevalle naiselle antama neuvonta alkoholinkäytön lopettamiseksi on tehokasta ja tuloksellista, mikä puolestaan parantaa vastasyntyneiden terveyttä. Menetelmän kerrotaan toimivan hyvin kohderyhmissä, jotka kuuluvat alhaiseen sosiaaliluokkaan. (O'Connor – Whaley 2007: 252–256.)

Motivoiva haastattelu on menetelmä, joka kehitettiin 1980-luvulla päihkeitä käyttävän henkilön päihdekäyttäytymisen muutoksen avuksi. Menetelmän takana on Uuden Meksikon yliopiston psykologian ja psykiatrian professori William Miller, joka sittemmin on julkaissut useita teoksia aiheesta yhdessä mm. Stephen Rollnickin ja Bill Plumin kanssa. (Kaipio; Miller 1996: 835.) Nancy Handmaker Sheehy ja Paula Wilbourne esittelevät Alcohol research & health -lehdessä (2001) motivoivaa haastattelua ja lyhytohjausta. He toteavat näiden olevan hyviä ohjausmenetelmiä ennen raskautta, raskauden aikana sekä raskauden jälkeen, erityisesti kiireisissä yksiköissä. He mainitsevat, että äitiyshuollossa jo pienelläkin ohjauksella kyetään vähentämään raskaana olevien alkoholinkäyttöä jopa suurkuluttajien keskuudessa. (Handmaker Sheehy – Wilbourne 2001: 219.)

Motivoivaa haastattelua voidaan käyttää minkä tahansa riippuvuuden hoitamisessa. Kyseessä on menetelmä, jossa tärkeintä on asiakasta arvostava ja kunnioittava asenne. Muutoshalukkuuden tulee lähteä asiakkaasta itsestään. Hoitohenkilökunnan, terapeutin tai muun koulutetun työntekijän pyrkimyksenä on puolestaan päästä perille asiakkaan omista tavoitteista, ydinarvoista ja siitä, mikä merkitys muutoksesta on asiakkaalle itselleen. Menetelmää käytettäessä asiakkaalla on tilaisuus tutkia ja päättää oma halukkuutensa muutokseen alkoholinkäyttönsä suhteen. Vaikka sanasta ”haastattelu” saa helposti kuvan kertaluontoisesta ohjaajalähtöisestä tietojen keräämisestä, on motivoivassa haastattelussa kyse enemminkin pitkäaikaisen vuorovaikutussuhteen kehittämisestä. Motivaatiota voidaan herättää, kasvattaa, rakentaa ja vahvistaa – tai tuhota. (Deroo – Dunn – Rivara 2001: 1726; Taskinen 2006.)

Motivoiva haastattelu on pääasiassa vuorovaikutusprosessi, joka on tavoite- ja voimavaruusautunut. Menetelmä on asiakaslähtöinen ja se edistää luottamusta haastattelijaan. Näin voidaan keskittyä olennaiseen: muutoksen tukemiseen. Motivoivaa haastattelua käytettäessä työntekijä on kuuntelevassa roolissa ja asettaa asiakkaalle motivoivia avoimia kysymyksiä ja esittää kommentteja. Haastattelijan tulisi kuunnella palautetta antaen ja pyrkiä aktiivisesti auttamaan asiakasta pääsemään tavoittelemaansa päämäärään, muutokseen. Muutoksen polulla ovat myös taka-askeleet tavallisia. Keskustelujen pohjalta haastattelijä voi tehdä yhteenvetoja asiakkaalle. Nämä yhteenvedot osoittavat, että häntä on kuunneltu ja auttavat häntä siirtymään eteenpäin. Asiakkaan muutospuhetta yhteenvetämällä mahdollistetaan myös hänen kuulevan omaa puhettaan, mikä taas puolestaan lujittaa motivoitumista. (Deroo ym. 2001: 1726; Taskinen 2006.)

Motivoitumisen kahdeksan perusperiaatetta:

1. Anna neuvoja
2. Poista esteitä
3. Tarjoa valinnan mahdollisuuksia
4. Lisää houkuttelevuutta
5. Ole empaattinen
6. Anna palautetta
7. Selkeytä tavoitteet
8. Auta aktiivisesti

Viisi strategiaa motivoivassa haastattelussa:

1. Kysy avoimia kysymyksiä
2. Kuuntele reflektiivisesti
3. Vahvista
4. Tee yhteenvetoja
5. Houkuttele esiin itseä motivoivia (self-motivational) lauseita. (Sosweb.)

Lisa Deroon, Chris Dunnin ja Frederick P. Rivaran (2001) tekemän systemaattisen kirjallisuuskatsauksen mukaan motivoivaa haastattelua ei voida pitää muita menetelmiä parempana. Pitävää näyttöä sen toimivuudesta ja tehokkuudesta päihdeongelman hoidossa on kuitenkin olemassa. Sen avulla voidaan myös parantaa hoidon jatkuvuutta ja vähentää hoidon keskeyttämistä. (Deroo ym. 2001: 1739.) Motivoivan haastattelun käyttäjän ei tarvitse olla päihdehoidon spesialisti (Käypä hoito –suositus 2005b).

Alkoholiongelmaiset raskaana olevat naiset tarvitsevat paljon sosiaalista tukea tunteisiinsa ja toipumiseensa. Tärkeä tuki hoidon onnistumisen kannalta on viranomainen. Myös kumppanin ja läheisten tuki on erittäin merkittävässä asemassa. Tulevan lapsen isä voi tukea naista alkoholittomuuteen ja rohkaista häntä pysymään poissa tilanteista, joissa on alkoholia tarjolla. Myös kumppani voi itse pidättäytyä alkoholista raskauden ajan. (Alho – Kankkunen 2006: 39.)

Kohtaamisessa alkoholia käyttävän raskaana olevan naisen kanssa on tärkeintä turvata naisen itsensä terveys ja hyvinvointi. Sikiön terveyden takaamiseksi on siis ensisijaisesti

huolehdittava päihdeongelmaisesta, huolimatta siitä, onko hän raskaana vai ei. On huomioitava myös se, että nainen, joka on riippuvainen päihteistä, tulee helpommin tahattomasti raskaaksi. (Armstrong 2005: 46–47.)

3 RASKAANA OLEVA TUPAKOIVA NAINEN HOITOTYÖN HAASTEENA

3.1 Tupakointi ja raskaus lääketieteellisestä näkökulmasta

Tupakkaa on pidetty alkoholin tavoin nautintoaineena, ja sitä on myös käytetty lääkkeenä useisiin vaivoihin. 1800-luvulla tupakan maine lääkeaineena menetti asemansa, mutta vasta toisen maailmansodan jälkeen sen aiheuttamia lukuisia terveysriskejä alettiin tunnistaa. Keuhkosityövän ja sydäntautien lisääntyessä tutkijat alkoivat enenevässä määrin kiinnittää huomiota juuri tupakkaan syynä näihin sairauksiin. Tästäkin huolimatta vielä 1950-luvulla keuhkolääkärit eivät tienneet täsmälleen tupakoinnin dramaattisista vaikutuksista terveyteen. Englannissa ja Yhdysvalloissa 1960-luvun alussa julkaistut laajat raportit nostivat tupakan vaarallisuuden myös suuren yleisön tietoisuuteen. (Hausen ym. 2000.) 1960-luvulla eräässä tutkimuksessa paljastui raskaudenaikaisen tupakoinnin yhteys lapsen syntymäpainoon (Chan – Koren 2003: 165). 1980-luvulla US Surgeon General esitti, että raskaudenaikainen tupakointi on tärkein ehkäistävissä oleva sikiökuolemien aiheuttaja (Lu – Oldenburg – Tong 2001: 355).

3.1.1 Tupakka ja nainen

Yleisesti katsoen tupakoinnin terveyshaitat ilmenevät erityisesti keuhkoissa, sydämessä ja verisuonistossa. Tupakansavu lisää myös riskiä saada aivohalvaus. Näiden lisäksi tupakointi vanhentaa ihoa ennenaikaisesti ja lisää suu- ja hammassairauksien riskiä. Suun bakteeritulehdukset kohottavat osaltaan myös riskiä sairastua sydän- ja verisuonisairauksiin. Tupakoivista henkilöistä useampi menehtyykin juuri sydän- ja verisuonisairauksiin kuin tupakkasyöpiin. Myös passiivinen tupakointi kasvattaa keuhkosityöpäriskiä sekä riskiä saada astma. Tupakointi lyhentää elinikää naisilla keskimäärin 7–8 vuotta ja miehillä noin 10 vuotta. (Vierola 2006: 15–16.)

Monessa länsimaassa naisten keuhkosityövistä on tullut rintasyöpää tappavampi syöpäsairaus. Tupakoivan naisen riskin saada keuhkosityöpä on todettu olevan miehen riskiä noin kolme kertaa suurempi. Tupakointi lisää myös mahdollisuutta sairastua rintasyöpään ja kohdunkaulasyöpään. Nuorella tytöllä tupakointi estää luuston kehittymistä täyteen vahvuuteensa ja se haurastuttaa luustoa läpi tupakoivan naisen eliniän. Tupakoinnin terveyshaitat korostuvat naisella erityisesti vaihdevuosi-ikässä, kun hormonituotanto vähentyy ja luunhaurastuminen sekä sydäntautiriski kasvavat jo iänkin tuomien tekijöiden puolesta. Tupakointi aikaistaa menopaussia 2–4 vuotta, riippuen tupakoinnin kestosta ja määrästä. (Vierola 2006: 9, 15–16, 108, 151–152, 163, 184, 189.)

Tupakointi aiheuttaa lapsettomuutta kaikista ilmansaasteista ja ympäristön kemikaaleista eniten. Riski lapsettomuuteen kasvaa jopa 35 %, mikäli nainen tupakoi. Tupakointi viivästyttää näin raskaaksi tulemistä ja lisää myös keskenmenon riskiä. Tupakoivilla naisilla on normaalia enemmän epäsäännöllisiä kuukautiskiertoja, kuukautisten poissaoloja ja munasolun epäsäännöllistä irtoamista. (Vierola 2006: 15, 57.)

Tupakkatuotteet sisältävät riippuvuutta aiheuttavaa nikotiinia. Nikotiiniriippuvuutta pidetään sairautena. Riippuvuus on farmakologisilta ja käyttäytymistä sääteleviltä tekijöiltään samankaltaista muiden aineriippuvuuksien kanssa ja täyttää kansainvälisen psykiatrisen luokituksen mukaan kemiallisen riippuvuuden kriteerit. Tupakointia ja sen taustaa selitetään esimerkiksi riippuvuusalttiudella, persoonallisuudella sekä sosiaalisilla ja elinympäristöllisillä tekijöillä. Valtaosalle tupakoinnin lopettaminen aiheuttaa vieroitusoireita. (Käypä hoito –suositus 2006.) Raskaana oleva nainen, jonka kumppani tupakoi, on alttiimpi itsekkin polttamaan. Kumppanin tupakointi voi osaltaan oikeuttaa naisen mielestä hänen tupakointiaan, ja toisaalta tupakoinnin lopettaminen koetaan myös hankalammaksi partnerin vielä jatkaessa. (Lendahls 2003: 33.)

3.1.2 Tupakka ja sikiö

Tupakan on todettu olevan teratogeeni eli aine, joka aiheuttaa sikiölle epämuodostumia ja kasvuhäiriöitä (Lääketieteen termit 2002: 667; Vierola 2006: 66). Nikotiinilla on haitallisia vaikutuksia sikiön aineenvaihduntaan. Koska istukka ei suodata nikotiinia, voi sikiön lapsiveden nikotiinipitoisuus olla äidin veren pitoisuutta vastaava tai jopa korkeampi. Lisäksi nikotiini poistuu äidin verestä huomattavasti nopeammin kuin sikiön ve-

restä, sillä sikiön kyky eliminoida nikotiini on paljon heikompi äitiin verrattuna. (Vierola 2006: 64–65.)

Nikotiini ja häkä eivät ole ainoat tupakoinnin haittatekijät. Näiden lisäksi kolmen tärkeimmän sikiön kasvuhäiriötekijän joukkoon kuuluvat myrkylliset raskasmetallit: syanidi, kadmium ja lyijy. Syanidi on solumyrkky, joka häiritsee solujen elintoimintoja ja muuttuu sikiössä tiosyanaatiksi. Tämä reaktio kuluttaa sikiön B12-vitamiinivarastoja ja aminohappoja, jotka ovat elimistön rakennusaineita. Kadmium taas kertyy istukkaan. Raskauden aikana tupakoivien äitien lasten veren lyijypitoisuus on kohonnut. Kaiken tämän lisäksi lapsi altistuu tupakoinnissa syntyvien useiden syöpää aiheuttavien aineiden vaikutukselle. (Vierola 2006: 67–68.)

Raskaudenaikainen tupakointi altistaa sikiön pienipainoisuudelle, keuhkojen kypsyttömyydelle ja synnytyksenaikaisille komplikaatioille (Abrahamsson 2004: 2–3; Käypä hoito –suositus 2006). Tupakkatuotteiden sisältämä nikotiini supistaa verisuonia istukassa, napavaltimossa ja kohdussa, mikä aiheuttaa sikiölle koko raskauden kestävästä kroonista hapenpuutetta. Hapenpuutetta edistää myös tupakoinnista syntyvä häkä, joka sitoutuu hemoglobiiniin syrjäyttäen happimolekyylien paikat. Äidissä häkämolekyylin sitoutuminen hemoglobiiniin on jopa 300 kertaa voimakkaampi happimolekyyliä. Sikiössä tämä luku on 170-kertainen. Runsas tupakointi ja siitä johtuva korkea häkäpitoisuus sikiön veressä voi aiheuttaa jopa kohdunsisäisen sikiökuoleman (sudden infant death syndrome, SIDS). Tupakoivien äitien riskin sikiökuolemaan arvioidaan olevan 1,1–1,78-kertainen tupakoimattomiin verrattuna. (Abrahamsson 2004: 3; Vierola 2006: 64–67.) Riski syntymäpainon alenemiseen kaksinkertaistuu tupakoivilla äideillä. Paino on keskimäärin 200 grammaa alhaisempi. Riski kasvaa sen mukaan kuinka monta savuketta äiti polttaa sekä kuinka pitkälle raskautta tupakointi jatkuu. On arvioitu, että kaikkien raskaana olevien naisten tupakoinnin lopettaminen laskisi perinataali- ja imeväiskuolleisuutta jopa 10 prosenttia. (Abrahamsson 2004: 2–3.)

3.1.3 Tupakka ja lapsi

Tupakointi vaikuttaa haitallisesti myös imetykseen. Tupakoivan maito maistuu pahalle, ja tupakointi vähentää maidon eritystä noin 30 %. Lisäksi nikotiinin on todettu kulkeutuvan rintamaitoon. Tupakoivan äidin rintamaidossa nikotiinipitoisuus on keskimäärin

kolminkertainen äidin seerumin nikotiinipitoisuuteen verrattuna. Myös tupakan raskasmetalleja pääsee rintamaitoon. Äidin tupakointi lisää lapsen allergiariskiä, sillä rintamaidon C-vitamiinipitoisuus on tupakoivalla puolta pienempi. Nikotiinin puoliintumisaika äidinmaidossa on noin 1,5 tuntia. (Vierola 2006: 89.)

Tupakansavu ei ole terveyshaitta vain tupakoivalle vaan aiheuttaa terveysriskin myös savulle altistuvalla, niin sanotulle passiiviselle tupakoijalle. Tämä lisää siis myös passiivisen tupakoijan riskiä sairastua syöpäsairauksiin ja verenkiertoelinten sairauksiin. (Käypä hoito –suositus 2006.) Tupakansavulle altistuvan lapsen riski sairastua astmaan, atooppiseen ihottumaan sekä allergiseen nuhaan kasvaa (Vierola 2006: 76).

Myös lapsen kätkytkuoleman riski kasvaa äidin tupakoinnin myötä. Riski on verrannollinen raskauden aikana poltettujen savukkeiden päivittäiseen määrään: 10 savukkeen polttaminen päivässä nostaa riskin jo kaksinkertaiseksi. Suurtupakoijan lapsella riski kätkytkuolemaan on 5–6 kertaa suurempi kuin tupakoimattoman naisen lapsella. (Vierola 2006: 92, 94.)

3.2 Tupakoinnista luopuminen raskauden aikana

Osa tupakoivista raskaana olevista äideistä pystyy luopumaan tupakoinnistaan ilman ulkopuolista apua. Luopuminen on kuitenkin usein hankalaa ja lopullista päätöstä saattaa edeltää useita epäonnistuneita yrityksiä ja retkahdukseen päätyviä tupakkalakkoja. Tämä saattaa olla hyvinkin turhauttavaa. Tupakoinnin lopettamiselle tärkeitä lähtökohtia hoitotyöntekijän näkökulmasta ovat muutosvalmiuden selvittäminen ja muutokseen tukeminen. Muutosprosessi voidaan jakaa viiteen erimittaiseen vaiheeseen. Nämä ovat harkittavuus lopettaa tupakointi -vaihe, harkintavaihe, valmius lopettaa tupakointi -vaihe, toimintavaihe sekä tupakoimattomana pysymisen -vaihe. (Laitinen – Toikkanen 2003: 14.) Raskaana olevien naisten on todettu osoittavan vähemmän negatiivisia asenteita tupakointiaan kohtaan kuin samassa muutoksen vaiheessa ei-raskaana olevien henkilöiden. Tämä tarkoittaa sitä, että he sortuvat helpommin tupakoimaan eivätkä osoita yhtä paljon aktiivisuutta yrityksessään lopettaa tupakointi. Vaikka raskaus on hyvin motivoivaa aikaa tupakoinnin lopettamiselle, osa raskaana olevista naisista näkee haitat myös hyötynäkökulmasta. Näin on todettu olevan esimerkiksi sen kohdalla, että tupa-

kointi alentaa lapsen syntymäpainoa, mikä mielletään avaimeksi helpompaan synnytykseen. (Abrahamsson 2004: 3.)

Raskaudenaikaiseen tupakointiin liittyy monenlaisia taustatekijöitä, jotka on otettava huomioon neuvontaa suunniteltaessa (Abrahamsson 2004: 5; Lu ym. 2001: 355). Eräiden tutkimusten mukaan tupakointiaan jatkavilla naisilla on useammin matalampi koulutustaso, ei vakituista työpaikkaa, tupakoiva kumppani ja taustalla runsas tupakointi, joka vahvistaa voimakasta nikotiiniriippuvuutta. Myös nuori ikä, monisyntyneisyys ja yksineläminen profiloituvat tupakoinnin jatkamiseen. On todettu, että myös työpaikan tupakointikulttuurilla on merkityksensä tupakoinnin jatkamiselle. Matalamman koulutustason omaavat henkilöt ajautuvat useammin aloille, joilla tupakointi on hyvin tavallista. Tämän lisäksi sukulaisten, ystävien tai kumppanin tupakoidessa on raskaana olevan äidin entistä vaikeampaa lopettaa tai vähentää omaa tupakointiaan. Kysymys ei siis olekaan siitä, että äidit jättäisivät tietoisesti riskit huomioimatta, vaan yksinkertaisesti lopettamisen vaikeudesta, jota myös ympäristötekijät lisäävät. (Abrahamsson 2004: 4–5.) Alla olevaan taulukkoon on koottu Merja Laitisen ja Minna Toikkasen (2003: 16) esittämiä raskaana olevien äitien tupakointia lisääviä ja tupakasta luopumista edistäviä tekijöitä (taulukko 1).

TAULUKKO 1. Raskaana olevien äitien tupakointiin ja siitä luopumiseen liittyviä tekijöitä.

Raskaana olevien naisten tupakointia lisäävät tekijät:	Raskaana olevien naisten tupakoinnista luopumista edistävät tekijät:
<p>Alle 20 vuoden ikä</p> <p>Matala koulutustaso</p> <p>Ei-parisuhteessa eläminen</p> <p>Kumppanin tupakointi</p> <p>Vähäinen sosiaalinen tuki</p> <p>Pelko painonhallinnan menettämisestä</p> <p>Rasittavat ja kuormittavat elämäntilanteet</p> <p>Stressi</p> <p>Jännityksen ja epämukavan olon kokeminen</p> <p>Pyrkimys selviytyä ahdistavasta tilanteesta</p> <p>Syällisyys ja häpeä</p> <p>raskaudenaikaisesta tupakoinnista vaikeus ottaa tupakointi puheeksi</p> <p>Nikotiiniriippuvuus</p>	<p>Raskaus</p> <p>Lisääntynyt motivaatio</p> <p>Oma-aloitteisuus</p> <p>Tupakoinnin aloittaminen myöhemmällä iällä</p> <p>Ensimmäisen lapsen odotus</p> <p>Määrällisesti vähäisempi tupakointi</p> <p>Kumppanin tupakoimattomuus</p> <p>Korkeampi koulutustaso</p> <p>Oman äidin tupakoimattomuus</p> <p>Kumppanin antama tuki</p>

Tupakoinnista on helpompaa luopua raskauden aikana kuin ennen raskautta, esimerkiksi sitä suunniteltaessa. Raskausaika nostaa naisen motivaation korkeimmilleen, ja lapsen parhaan ajattelemisen tekee lopettamisen helpommaksi (Laitinen – Toikkanen 2003: 15). Laitinen ja Toikkanen (2003: 15) kuitenkin viittaavat Edwadsin ja Sims-Jonesin (1998) tutkimukseen, jossa todetaan, että ne naiset, jotka luopuvat tupakasta oman terveytensä vuoksi, pysyvät päätöksessään useammin kuin ne, jotka lopettavat tupakoinnin ensisijaisesti lastaan ajatellen.

Raskaana olevan motivaatio tupakoinnin lopettamiseksi ei ole usein riittävän vahva, mikäli lopettaminen koetaan luopumisena ja uhrauksena ilman, että hyödyt nähdään tavoit-

telemisen arvoisina. Tupakoivan henkilön on tiedostettava vastuun lopettamisesta jäävän itselleen sekä ymmärrettävä prosessin pitkäkestoisuus ja vaihteellisuus. Vasta riippuvuuden myöntäminen voi tuoda tupakoinnista luopumisen vahvalle pohjalle. (Päihdelääketiede 2003: 424.)

3.3 Hoitohenkilökunnan vastuu tupakoivan äidin neuvonnan toteutumisesta

Tupakoivan, kuten alkoholiakin käyttävän, äidin raskaus on aina riskiraskaus. Vierolan (2006: 74) mukaan erityisesti nuoret tupakoivat äidit ovat riskiryhmässä myös mahdollisten sosiaalisten ongelmien tai muiden päihdeongelmien vuoksi. Vierola (2006: 63) tähdentää, ettei koe yksin terveystiedon olevan riittävä keino vähentää raskaana olevien naisten tupakointia. Lisäksi tarvitaan ihmissuhde- ja stressinsietotaitojen sekä sosiaalisten olojen kohentamista.

Tutkimusten tulokset viittaavat siihen, että terveydenhuollon antama neuvonta ja ohjaus ovat mm. nikotiinikorvaushoitoa tehokkaampia menetelmiä tupakoinnin lopettamiseksi (Bakker ym. 2005: 177; Dake ym. 2006: 212–213; Henriksen – Jespersen – Secher – Wisborg 2000: 967). Äitiyshuollon tulisikin suositella raskaana olevien naisten tupakoinnin lopettamista ja seurata sekä tukea tämän onnistumista (Yleislääketiede 2005: 285). WHO:n mukaan hoitohenkilökunta on velvollinen kertomaan raskaana oleville naisille tai pareille myös passiivisen tupakoinnin aiheuttamista riskeistä. Tupakoinnin vastaista työtä tulisi toteuttaa sosiaalisten yhteiskuntaluokkien jokaisella tasolla. (Lendahls 2003: 25.)

3.4 Neuvonta, ohjaus ja tukeminen tupakoinnin lopettamiseksi

Neuvonta kuuluu olennaisena osana äitiysneuvolan toimintaan. Neuvonnan päämäärinä voidaan pitää mm. informaation antamista, sivistämistä, tukemista, erilaisten taitojen harjoittamista, ajattelun ja keskustelun virittämistä, terveyskäyttäytymisen muutoksen avustamista, mielenterveystehtävää ja reflektiivistä tehtävää. Yksi neuvonnan tehtävistä on tukea raskaana olevaa naista pääsemään eroon tupakoinnista. Tällöin päämääränä on haitallisen käyttäytymisen muuttaminen. Neuvonnan onnistumiseksi hoitotyöntekijä tarvitsee avukseen tietoa asiakkaansa tupakointikäyttäytymiseen liittyvistä tekijöistä ja sen merkityksestä asiakkaalle. Vain näin voidaan löytää yksilöllisiä keinoja kunkin asi-

akkaan yksilöllisiin tarpeisiin ja onnistua neuvonnassa parhaalla mahdollisella tavalla. (Laitinen – Toikkanen 2003: 19.)

Tupakointia pidetään jopa suurimpana yksittäisenä ehkäistävässä olevana kansanterveysongelmana (Alila 2007b: 662). Monet kansainväliset tutkimukset osoittavat, että eniten terveydenhuollossa käytetään henkilökohtaista neuvontaa raskaana olevien tupakoinnin lopettamiseksi. Neuvonnan lisäksi hoitotyöntekijä tunnistaa asiakkaansa terveystarpeet, seuraa hänen terveydentilaansa, tukee, ohjaa ja rohkaisee sekä kannustaa lopettamisprosessissa. Asiakkaan tukeminen on yksi menetelmä tupakoinnista luopumisen saavuttamiseksi. Tässä tapauksessa tuella tarkoitetaan huolehtimista, kunnioittamista ja arvostamista, jotka voidaan luokitella emotionaaliseksi tukemiseksi sekä erilaisten konkreettisten tukien ja palveluiden tarjoamista, jotka puolestaan ovat välineellistä tukea. Tupakoivan raskaana olevan äidin päätöksenteon tukemista edesauttaa hoitotyöntekijän kyky tunnistaa asiakkaan muutosvalmius. Näin myös mahdollistetaan sopivan intervention valitseminen. (Laitinen – Toikkanen 2003: 22.)

Neuvonta tulisi ymmärtää aina neuvonnan antajan ja vastaanottajan välisenä vuorovaikutusprosessina. Asiakkaan autonomiaa täytyy kunnioittaa, sillä ihmisellä on vapaus tehdä itsenäisiä valintoja. Neuvonta onkin puutteellista, mikäli sitä ei liitetä asiakkaan omaan merkityksmaailmaan, kokemuksiin ja arkeen. Pelkkä tupakoinnin haittavaikutuksista valistaminen ei tue parhaalla mahdollisella tavalla tupakoinnin lopettamisessa eikä se ole lainkaan asiakaslähtöistä. Näin ollen silkkaa faktatiedon esittämistä ei voida pitää hyvänä neuvonnan keinona. (Laitinen – Toikkanen 2003: 19–20.)

Ying Lu, Brian Oldenburg ja Shilu Tong (2001) ovat koonneet yhdeksän tutkimuksen tulokset yhteen tarkastellakseen tupakointiin vaikuttavia tekijöitä. Jotta tuloksellinen neuvonta tupakoinnin lopettamiseksi toteutuisi mahdollisimman hyvin, tulisi hoitohenkilökunnan keskittyä juuri tupakointiin vaikuttaviin tekijöihin voidakseen suunnata neuvonnan yksilöllisesti ja keskittyneesti oikeaan tekijään. Tutkimuksista kokoamiensa tietojen mukaan tupakointiin vaikuttavia tekijöitä ovat äidin ikä, tupakoinnin määrä ja kesto, kumppanin tupakointi, sosioekonominen status, koulutuksen taso, tupakoinnin aloittamisikä, riippuvuuden syvyys, synnyttäneisyys sekä passiiviselle tupakoinnille altistuminen. Taustalla vaikuttavat tekijät tulevat ilmi tutkittaessa erilaisia ryhmiä äitejä sekä tietynlaisen intervention keinojen vaikuttavuutta näiden ryhmien välillä. Esimerkiksi vähän henkilökohtaista kontaktia sisältävä ohjaus toimii huonommin matalan so-

sioekonomisen statuksen omaaville äideille kuin korkean sosioekonomisen statuksen omaaville. Matalamman statuksen äidit hyötyisivät enemmän intensiivisestä ja moniosaisesta neuvonnasta. Myös kumppanin tupakointi on merkittävä tekijä lopettamisen onnistumisessa. Tätä ei kuitenkaan yleisesti ole juuri otettu huomioon neuvontaa suunniteltaessa. Mm. näistä syistä samanlaista kaavaa noudattamalla lopettamisen mahdollisuudet ovat heikommat toisenlaisella taustalla varustetuilla äideillä kuin toisenlaisille. (Lu ym. 2001: 355, 363.)

Lu ym. (2001: 362) esittävät, että perinteinen kapea-alainen näkemys, jossa jaetaan äidit tupakoiviin ja tupakoinnin lopettaviin ei myöskään huomioi relapsin mahdollisuutta, ja näin sorrutaan helposti lyhytnäköisyyteen lopettamisen suhteen. Tukea lopettamispäätöksessä pysymiseen ei jatketa. Relapsin mahdollisuus tulisikin nähdä osana neuvonnan suunnittelua, sillä moni äiti, joka on lopettanut tupakoinnin raskauden ajaksi ja saanut silloin tukea, aloittaa tupakoinnin uudestaan synnytyksen jälkeen. Tupakointiin vaikuttavien tekijöiden ymmärtäminen ja huomioon ottaminen auttaisi äitejä pidättäytymään tupakoinnista myös pidempiaikaisesti, jopa lopullisesti.

Useissa tutkimuksissa todetaan, että tupakoinnin lopettamisen suhteen jo vähäiselläkin neuvonnalla saadaan aikaan tuloksia, mutta neuvonnan onnistuminen edellyttää hoito-henkilökunnan koulutusta (Bakker ym. 2005: 177; Benn ym. 2003: 286; Condliffe – McEwen – West 2004: 233; Hannöver ym. 2005: 32). Vaikka osa tutkijoista on pääty-nyt siihen tulokseen, että vähäinenkin määrä neuvontaa on hyödyllistä, näyttää myös päinvastaisia tutkimustuloksia löytyvän. Lisäksi kätilöiden ja muun tupakointia koske- vaa neuvontaa antavan hoitohenkilökunnan koulutuksella ja asenteilla vaikuttaa olevan suuri merkitys neuvonnan toteutumisessa ja onnistumisessa.

Merja Laitinen ja Minna Toikkanen (2003) ovat toteuttaneet teemahaastattelumuotoisen laadullisen tutkimuksen kuvatakseen neuvontaa tupakoinnista luopumiseksi äitiysneu- volassa. Tutkimusaineisto kerättiin terveydenhoitajilta (n = 8) ja asiakkailta (n = 4). Ai- neisto analysoitiin sisällön analyysillä. Menetelminä tupakoinnista luopumiseksi ter- veydenhoitajat käyttivät asiakkaan ja puolison tupakoinnista sekä asiakkaan tupakansa- vulle altistumisesta kysymistä, tupakointitapojen selvittämistä, tiedon antamista, luo- pumiskeskusteluja, tupakoinnin määrän seurantaan sekä motivaation ja tuen antamista tupakoinnista luopumisessa ja vähentämisessä. (Laitinen – Toikkanen 2003: 33–38.) Neuvonnan sisällöt olivat tupakoinnin vaikutukset raskauteen, lapseen ja äidin tervey-

teen, tupakoinnin merkitys asiakkaalle, tupakointimallin antaminen lapselle, tupakoinnin vähentämisen ja lopettamisen hyöty, tupakointia korvaava toiminta ja korvausvalmistet, konkreettiset ehdotukset passiivisen tupakoinnin vähentämiseksi ja asiakkaan puutteellisen tai väärän tiedon korjaaminen tupakoinnin vaikutuksista. (Laitinen – Toikkanen 2003: 39–42.)

Aineistosta eroteltiin myös suhtautumistapoja kohdistuen tupakoiviin asiakkaisiin, raskaudenaikaiseen tupakointiin sekä luopumista tukevaan neuvontaan. Tupakoivasta asiakkaasta ajateltiin, että hänellä on ja hänen tulee saada tietoa tupakoinnin vaikutuksista, vastuu tupakointikäyttäytymisestä on hänellä itsellään, häneen luotetaan ja että häneen suhtaudutaan ymmärtävästi, hienotunteisesti ja asiallisesti, elämäntilanne huomioiden. Terveystenhoitajat myös ajattelivat, että tupakoinnin vähentämisestä ei voi olla varma, asiakas saattaa kyllästyä tai ahdistua toistuvaan tupakoinnista puhumiseen, ja että äidit kokevat syyllisyyttä raskaudenaikaisesta tupakoinnistaan. Terveystenhoitajien suhtautuminen tupakoivaan asiakkaaseen oli ymmärtävä. (Laitinen – Toikkanen 2003: 43–45.)

Sen sijaan suhtautuminen raskaudenaikaiseen tupakointiin oli kielteinen eikä sitä pidetty suotavana, vaikkakin ymmärrystä myös tämän suhteen löytyi. Terveystenhoitajien mielestä tupakoinnista olisi luovuttava raskauden ja imetyksen ajaksi, mutta he myös käsittivät syyt tupakoinnin takana ja ymmärsivät luopumisen vaikeuden. Taustalla vaikutti kuitenkin huoli lapsesta ja raskaudesta. (Laitinen – Toikkanen 2003: 45–47.)

Tupakoinnista luopumista tukevan neuvonnan terveystenhoitajat kuvasivat olennaisena osana työtään. Sitä pidettiin tarpeellisena niin asiakkaalle kuin puolisollekin, terveystenhoitajan velvollisuutena, pitkäjänteisenä toimintana, luontevana ja asiakasta ymmärtävänä, mutta myös tuloksettomana ja turhauttavana. He myös kokivat, että neuvontaan vaikuttaa terveystenhoitajan oma tupakoimattomuus ja intuitio siitä, mikä motivoi eri asiakkaita. (Laitinen – Toikkanen 2003: 47–50.)

Terveystenhoitajat listasivat neuvontaansa edistäviä ja rajoittavia tekijöitä. Edistävinä he pitivät raskautta ajankohtana, koulutusta ja artikkelien lukemista, asiakkaan motivaatiota tupakoinnista luopumiseksi, tuttuutta sekä sitä, että tupakointi on tieteellisesti todettu ongelma lapsen kasvun ja kehityksen suhteen. Rajoittaviksi tekijöiksi kuvattiin tiedon ja koulutuksen puute, terveystenhoitajan kokema kiire, vireystila sekä kokemus riittämät-

tömyydestä, asiakkaan huono motivaatio, asiakkaan saama tupakointimalli, sekä heidän vähäinen määrä ryhmäneuvonnan järjestämiseksi. (Laitinen – Toikkanen 2003: 51–54.)

Laitinen ja Toikkanen (2003: 69) toteavat, että asiakkaiden odotuksissa ja terveydenhoitajien toiminnassa oli huomattavissa joitakin eroavaisuuksia. Asiakkaat eivät aina kokeneet neuvonnan olevan heidän odotustensa mukaista. He toivoivat erilaisten yksilöllisten menetelmien käyttöä sekä kirjallista materiaalia. Terveystenhoitajat puolestaan kuvasivat, ettei heillä ollut riittävästi tietoa eri menetelmistä tupakoinnista luopumiseksi. He toivoivatkin ohjekirjasta tupakoinnista luopumisen tueksi. Vaikka terveydenhoitajat eivät pitäneet raskaudenaikaista tupakointia suotavana, neuvonta koettiin pääsääntöisesti myönteisenä ja asiakkaat olivat tyytyväisiä, jos siinä ei ”paasattu”. (Laitinen – Toikkanen 2003: 69–71.)

Johtopäätöksissä painotetaan, että tupakoinnista luopumista tukevassa neuvonnassa tarvitaan monipuolista, tutkimustietoon perustuvaa neuvontamateriaalia henkilökohtaisen neuvonnan lisäksi, ja että hoitotyöntekijän tulisi käyttää useampia menetelmiä samanaikaisesti tukiessaan äitiä tupakoinnin lopettamisessa. Työntekijä tarvitsee menetelmiä motivoida asiakasta, kuten myös lisäkoulutusta ja tietoa. (Laitinen – Toikkanen 2003: 82.) Laitinen ja Toikkanen (2003: 83) toteavat lopuksi, että raskaudenaikaisesta tupakoinnista ja sen lopettamisesta tulisi keskustella rohkeasti.

Vuonna 2006 julkaistussa yhdysvaltalaisessa kyselytutkimuksessa selvitettiin ohio-laisten sairaanhoitaja-kätilöiden (n = 300) tapoja toteuttaa tupakoinnin lopettamiseen liittyvää neuvontaa. Ohiossa käytetään äitiyshuollossa tupakoinnin lopettamisen avuksi 10 kohdan neuvontaohjelmaa, joka on kansallisesti suositeltu menetelmä. Tutkimuksessa selvisi, että näistä kymmenestä kohdasta neljää käytti noin puolet vastaajista. Loput käyttivät alle neljää kohtaa. Syiksi neuvonnan puutteelle annettiin mm. ajan riittämättömyys sekä kätilön tiedon puute siitä, minne apua tarvitsevat voisi lähettää jatkohoittoon. Harva kuitenkaan pystyi nimeämään varsinaisia esteitä neuvonnan toteutumiselle. (Dake ym. 2006: 208–213.)

Tutkimuksessa viitattiin Yhdysvalloissa kootun kansallisen asiantuntijaryhmän (the Agency of Healthcare Research and Quality, the American College of Obstetricians and Gynecologists ja the United States Department of Health and Human Services) vuonna 1998 kehittämään viiden kohdan neuvontaohjelmaan, jota kutsutaan nimellä ”the 5 A’s”

(Dake ym. 2006: 208). Nämä viisi A:ta ovat *ask, assess, advice, assist* ja *arrange follow-up* (Benn ym. 2003: 286; Dake ym. 2006: 208). Ensimmäisessä kohdassa siis kysytään äidiltä tupakoinnista, toisessa arvioidaan asiakkaan halukkuutta lopettaa tupakointi seuraavan kuukauden sisällä ja kolmannessa annetaan neuvoa käyttämällä selkeitä, vahvoja viestejä. Neljäs kohta käsittää käytännön ohjeita lopettamisen tueksi ja viidennessä kohdassa järjestetään lopettamisen tueksi seurantaa tai jatkohoittoa. (Dake ym. 2006: 208.)

Vastanneista sairaanhoitaja-kätilöistä 5 A's -neuvontaohjelmaa käyttävillä oli vahvin usko toteuttamisen onnistumiseen ja tulosten saavuttamiseen. Tästä huolimatta neuvontaohjelmaa käyttävistä kätilöistä suurin osa noudatti rutiininomaisesti vain kolme ensimmäistä kohtaa. Kahta viimeistä kohtaa, käytännön ohjeiden antamista sekä jatkotuen ja seurannan järjestämistä, suoritettiin huomattavasti vähemmän. Tutkijat arvelevat tämän johtuvan luottamisen puutteesta omaan osaamiseen sekä varsinkin jatkohoidon järjestämisen kohdalla yhteiskunnallisista esteistä, kuten resurssien puutteesta. (Dake ym. 2006: 212.)

Hämmästyttävänä tutkijat kokivat mm. sen, että yllättävän suuri osa (74 %) tutkimukseen osallistuneista sairaanhoitaja-kätilöistä uskoi nikotiinikorvaushoidon olevan vahvasti vaikuttava hoitomuoto tupakoinnin lopettamiseksi. Tästä huolimatta vain 26 % tunsivat olevansa kyllin ammattitaitoinen määrätäkseen tai suositellakseen tätä hoitoa. Yllättävänä tätä löydöstä tutkijat pitivät siksi, että nikotiinikorvaushoidon on joissain tutkimuksissa itse asiassa todettu jopa vähentävän tupakoinnin lopettamista raskaana olevien naisten keskuudessa (Dake ym. 2006: 212). Vastakohtana tälle todettakoon, että muulle väestölle tehtyjen tutkimusten mukaan nikotiinikorvaushoito on toiminut varsin tehokkaana lopettamisen tukena. Myöskään nikotiinin haitoista sikiölle ei ole vielä riittävästi tutkimuksia ja tietoa, vaikkakin sitä pidetään varteenotettavana vaihtoehtona, mikäli ei-farmakologiset hoitomuodot todetaan tehottomiksi. (Chan – Koren 2003: 165; Pharmacia Fennica 2007a.) Pharmacia Fennica suosittelee tupakoinnin lopettamista ensisijaisesti ilman nikotiinikorvausvalmisteita (Pharmacia Fennica 2007a).

Myös toinen merkille pantava seikka nousi vastausten joukosta. Sairaanhoitaja-kätilöistä 91 % uskoi kykyihinsä kertoa raskaana olevalle naiselle tupakoinnin haitallisista vaikutuksista. Tämä viittaa tutkijoiden mielestä siihen, että sairaanhoitaja-kätilöiden koulutuksessa keskitytään nimenomaan tupakoinnin terveydellisiin vaikutuk-

siin sen sijaan, että varsinainen hoitotyön, tehokkaiden neuvonnan ja ohjauksen keinojen osaaminen kuuluisi opetussuunnitelmaan. Kliininen osaaminen ei kehity koulutuksen pohjalta suurimmalle osalle opiskelijoista. Tutkijat kokevat tämän seikan huolestuttavana, sillä äitiyshuollossa hoitotyöntekijällä on mahdollisuus tavata asiakastaan säännöllisesti hänen ollessa tupakoinnin lopettamiselle kenties suotuisimmassa elämänvaiheessa, ja näin myötävaikuttaa tupakoinnin lopettamisessa. (Dake ym. 2006: 213.)

Johtopäätöksissä selvennetään, että jo kättilön koulutuksessa tulisi käsitellä raskaudenaikaista nikotiinikorvaushoitoa sekä viiden kohdan neuvontaohjelman käyttämistä (Dake ym. 2006: 208, 212). Niin Smoking Cessation Guidelines kuin myös Tobacco Control -lehti (2000) suosittelevatkin tämän ohjelman noudattamista tupakoinnin lopettamisen avuksi (Benn ym. 2003: 286; Dolan-Mullen – Goldenberg – Melvin – Whiteside – Windsor 2000: 81). Lehdessä kerrotaan menetelmän yhdessä itsehoitomateriaalin kanssa lisäävään merkittävästi raskaana olevien naisten tupakoinnin lopettamista (Dolan-Mullen ym. 2000: 80–81).

Ruotsalaisessa Agneta Abrahamssonin tutkimuksessa (2004) pyritään tupakoinnin lopettamisprosessin ymmärtämiseen tutkimalla tupakointitapoja ennen ja jälkeen raskautta. Tutkimus suoritettiin moniosaisesti antamalla raskaana oleville naisille ensikäynnin yhteydessä kyselylomake ja jatkamalla tiedon keräämistä synnytyksen jälkeisellä haastattelulla. Tutkimus on suoritettu vuosien 1994 ja 1995 välillä ja siihen osallistui eteläskånelaisia äitiyshuollon asiakkaita ($n = 395$) sekä kättilöitä ($n = 24$). Tupakointiin liittyvää käyttäytymistä selvitettiin tarkemmin haastattelemalla raskaana olevia ja synnyttäneitä naisia ($n = 17$), joiden tupakointitavat poikkesivat toisistaan. Tutkimuksessa kerroitettiin myös kättilöiden suhtautumista raskaana olevan naisen tupakointiin ja millaisia keinoja he tarjosivat tupakoinnin lopettamisen avuksi. (Abrahamsson 2004: 24–26, 37.)

Tutkimuksessa todetaan, että 30,9 % tutkimukseen osallistuneista naisista tupakoi. Vaikka kaikki äidit olettivat lopettavansa tupakoinnin raskaaksi tullessaan, ensimmäisen äitiysneuvolakäynnin jälkeen luku oli vielä 19,3 %. Raskauden loppua kohden luku väheni edelleen vielä 15,4 %:iin, mutta synnytyksen jälkeen lukema kohosi taas 16,6 %:iin. Tupakointitavoistaan riippuen raskaana olevat kyselyn kaikkiin osa-alueisiin vastanneet naiset ($n = 337$) jaettiin viiteen ryhmään: Ei-tupakoivat ($n = 232$), tupakoinnin lopettaneet ($n = 47$), tupakoinnin vähentäjät ($n = 17$), tupakointiin uudelleen sortuneet ($n = 22$) sekä tupakointiaan jatkavat ($n = 19$). Tulokset osoittavat, että niiden vas-

tanneiden keskuudessa, jotka kuuluivat kolmeen jälkimmäiseen ryhmään, oli enemmän matalammin koulutettuja naisia ja naisia, joiden kumppani tupakoi. Tämä vastaa useiden muidenkin tutkimusten tuloksia. (Abrahamsson 2004: 27–28, 32–33, 44.)

Kätilöiden vastauksista oli eroteltavissa neljä erilaista toimintatapaa. He joko välttelivät aihetta ja kysyivät vain välttämättömät asiat tupakoinnista, tarjosivat tietoa tupakoinnin vaikutuksista raskauteen, mutta antoivat vastuun tupakoinnista naiselle itselleen, muodostivat läheisen suhteen tukea ja tietoa antaen tai toimivat yhteistyössä asiakkaan kanssa kätilön arvioidessa ensin naisen tarpeet, jonka jälkeen tietoa tupakoinnin riskeistä annettiin vasta, kun nainen oli itse valmis ottamaan vastaan ohjausta. (Abrahamsson 2004: 37.)

Tulokset osoittavat, että suurin osa kätilöistä uskoi ammatillisen otteen tarkoittavan asiaan puuttumista lähinnä lääketieteellisestä näkökulmasta sen sijaan, että painotus olisi ollut yhteistyön rakentamisessa. Näin ajateltiin kaikissa muissa ryhmissä paitsi siinä, jossa kätilön toimintatapa oli juuri yhteistyöpainotteinen. Näin ollen on todettavissa, että käytäntö ei kohdannut kätilöiden ajatuksia siitä, millaista neuvonnan pitäisi parhaimmillaan olla. Syynä saattaa olla mm. se, että perinteisen tavan noudattaminen tuntuu luontevalta. Siinä asiakas on vain vastaanottavana osapuolena. Abrahamsson painottaa, että terveysneuvonnan tulisi olla asiakkaan autonomiaa kunnioittavaa, yhteistyöpainotteista ja dialogista. Hoitohenkilökunnan olisi syytä irrottautua perinteisestä yksisuuntaisesta tavasta olla pelkkiä informatiivisia lääketieteen ammattilaisia voidakseen auttaa asiakkaan asemaan, jossa muutos voisi lähteä hänestä itsestään. (Abrahamsson 2004: 59, 131–132.)

Leona Condliffe, Andy McEwen ja Robert West tutkivat lontoolaisen sairaalan kätilöiden ($n = 78$) asenteita odottavien äitien tupakointia ja sen lopettamista kohtaan vuonna 2004. Vastanneista 71 % ilmoitti, ettei ole antanut lainkaan neuvontaa tupakoinnin lopettamiseksi viimeisen 7 päivän sisällä. Kuitenkin 64 % kaikista vastanneista koki, ettei lopettamis päätöstä saisi jättää yksin äidin pohdittavaksi. Lisäksi 81 % arveli, että monet raskaana olevat naiset lopettaisivat mielellään tupakoinnin, mutta tarvitsevat siihen apua ja neuvontaa. Tutkimuksessa kävi ilmi, että kätilöiden ajatukset tupakoinnin lopettamisen tärkeydestä eivät tulleet esille vallitsevassa käytännössä. Tutkimus osoitti myös kätilöiden tiedoissa olevan joitakin puutteita, joita koulutuksella voitaisiin paikata. Henkilökunnan tiedon lisääminen tupakoinnin lopettamisen auttamiseen tarjotuista palveluista

voisi edistää heidän kykyään ohjata apua tarvitsevat näiden palveluiden piiriin. (Condliffe ym. 2004: 233–239.)

Kätilöiden (n = 189) asenteita raskauden ja lapsivuodeaikaista tupakointia kohtaan selvitetään myös saksalaisessa tutkimuksessa (2005). Tutkimus suoritettiin postitse lähetetyillä kyselylomakkeilla. Vastausten mukaan 77 % kätilöistä seurasi säännöllisesti asiakkaidensa tupakointia, 70 % kertoi tupakoinnin vaaroista ja tuki sen lopettamisessa. Suurimmiksi neuvonnan esteiksi koettiin vanhempien asenne sekä kätilöiden ennakkoletus alhaisesta onnistumisen mahdollisuudesta. Kätilöiden mukaan vain noin 28 % neuvontaa saaneista äideistä lopetti tupakoinnin. Sekä tupakointi että passiivinen tupakointi nähtiin merkittävänä terveydellisinä riskeinä, jotka otettiin puheeksi ja neuvonnan kohteeksi rutiininomaisesti tutkimusalueen äitiyshuollossa. Tutkimustulosten pohjalta ehdotetaan, että kätilöille tulisi opettaa tehokkaita intervention keinoja koulutuksessa, sillä juuri he ovat myös keskeisessä asemassa tekemään interventioita. (Hannöver ym. 2005: 32–39.)

Uudessa-Seelannissa suoritettiin vuonna 2000 haastattelumuotoinen tutkimus kätilöille (n = 16) ja raskaana olevalle äidille (n = 11). Tutkimuksessa mainitaan, että jopa neljännes uusiseelantilaisista raskaana olevista naisista tupakoi. Haastateltavat kätilöt mielsivät tupakoinnin lopettamiseen liittyvän neuvonnan osana heidän ammatillista rooliaan. Ongelmallisena he kuitenkin kokivat löytää oikeanlaisen lähestymistavan, jolla keskustelu tupakoinnista saataisiin osaksi äitiysneuvontaa. Esille nousivat myös kysymykset siitä, kuinka tunnistaa apua tarvitsevat ja siitä hyötyvät asiakkaat sekä kuinka käsitellä aihetta syyllistämättä äitiä. Haastateltavat äidit mielsivät kätilön tärkeänä osana tupakoinnin lopettamis- tai vähentämisprosessia, ja tunsivat kätilöiden avun olevan suureksi hyödyksi. Kysymistä äidit eivät kokeneet huonona asiana, mutta toivoivat kuitenkin asiallista linjaa kysyttäessä. (Benn ym. 2003: 285–296.)

Uudessa-Seelannissa on kehitetty Smoking Cessation Guidelines (ohjeistus tupakoinnin lopettamiseksi) avuksi tupakoinnin vastaiseen työhön. Se on käytössä myös äitiyshuolлон hoitohenkilökunnalla. Kyseisessä ohjeistuksessa painotetaan, että hyviä tuloksia saadaan aikaan jo vähäiselläkin neuvonnalla. Tutkimuksessa todetaan, että neuvonta on tuloksellisinta, kun äidin tarpeet ja valmiudet kohtaavat kätilön ammattitaidon ja kyvyn antaa oikeanlaista neuvontaa ja tukea yksilöllisesti. (Benn ym. 2003: 285–286.)

Kätilöt toimivat myös tupakointia jatkavien naisten tukena heidän etsiessä uusia vaihtoehtoja muuttaakseen tupakointitapojaan. Uusiseelantilaisen tutkimuksen (2003) mukaan myös naiset, jotka eivät halunneet lopettaa tupakointia, odottivat kätilöiden kuitenkin kysyvän asiasta. Sosiaalisella tuella ja erityisesti kumppanin tupakoinnilla oli tutkimuksen mukaan paljon merkitystä naisen tupakointitapojen muuttamisessa raskauden aikana. Tutkimustulosten mukaan kätilöt voivat tuottaa tehokasta ohjausta ja tukea tupakoinnin lopettamiseksi raskauden aikana, jos raskaana oleva nainen on itse valmis muutokseen käyttäytymisessään. Terveiden edistäminen tupakoinnin lopettamisessa oli kätilöiden mielestä vaikeaa, jos nainen oli vielä harkinta-vaiheessa tai ei vielä edes harkinnut tupakoinnin lopettamista. Juuri nämä naiset kokivat kätilöiden tiedustelut tupakointitavoista epämiellyttäväksi. Tutkimuksessaan Benn ym. (2003) huomauttavat, että kätilön tulisikin ensiksi tiedustella, missä vaiheessa harkinta lopettamisesta on. Tällöin harkintavaiheesta kätilö voi ohjauksellaan auttaa naisen toimintavaiheeseen – tupakoinnin lopettamiseen. Tutkimuksessa todetaan, että motivoiva haastattelu on tehokas, suora ja asiakaslähtöinen tapa selvittää ja ratkaista tupakoivien äitien syyt muutosvastaisuuteen. Jotta kätilö voisi antaa tukea ja ohjausta onnistuneesti ja tehokkaasti raskauden aikaisen tupakoinnin lopettamisessa, tulisi hänen ymmärtää, missä muutosvalmiuden vaiheessa nainen on. Yhdistämällä motivoivan haastattelun perusteita ja toistuvia lyhyitä ohjaustuokioita voidaan lisätä ja tehostaa kätilöiden roolia terveyden edistäjinä. (Benn ym. 2003: 285, 288–293, 295–296.)

Lorraine Klerman ja Judith Rooks esittelevät *Journal of Nurse-Midwife* -lehdessä (1999) yksinkertaisen ja tehokkaan menetelmän, jota kätilöt voivat käyttää tukeakseen raskaana olevan naisen tupakoinnin lopettamista. Tämän menetelmän avulla äitiä autetaan huomaamaan tupakoinnin lopettamisen tärkeys ja ryhtymään toimiin lopettamisen saavuttamiseksi. Ensikäynnillä äitiyshuollossa kätilön tulisi tunnistaa raskaana olevan äidin tupakointi. Tupakointiin liittyvä ohjaus on menetelmän mukaan tällä käynnillä kestoltaan 5–10 minuuttia. Se sisältää keskustelua tupakoinnin vaaroista niin sikiölle, vastasyntyneelle kuin naiselle itselleen. Kätilö selvittää myös äidin tupakoinnin määrän, kertoo tupakoimattomuuden hyödyt, opettaa erilaisia keinoja tupakoinnin lopettamisen avuksi sekä neuvoa itsehoitomateriaalin käytön. Lisäksi äidille tarjotaan kirjallista materiaalia lopettamisen tueksi ja kätilö ohjaa häntä valitsemaan lopettamispäivän. (Klerman – Rooks 1999: 118, 119–121.)

Sairaanhoitajan käsikirjassa Anja Alila (2007b: 662–663) selventää tupakoinnin lopettamisen tukemista. Myös hänen mukaansa lopettamisen onnistumisessa tärkeintä on tupakoitsijan oma halu lopettaa tupakointi ja vapautua riippuvuudesta. Lopettamissuunnitelma ja aikataulu laaditaan asiakkaan kanssa yhdessä. Asiakkaan kanssa keskustellaan tupakoinnin lopettamisen jälkeisen itsehoidon tukemisen tärkeydestä. Erilaisia itsehoitollisia keinoja ovat tilanteiden ennakointi, tupakointitapojen miettiminen, erilaiset rentoutus- ja mielikuvaharjoitukset sekä näiden keinojen miettiminen ja muistaminen tilanteissa, joissa tupakoiva henkilö on vaarassa sortua polttamaan. Asiakkaan tulisi opetella myös sosiaalisten paineiden hallintaa. Epäonnistumisissa hoitohenkilökunnan tehtävänä on kannustaa asiakasta yrittämään uudestaan. (Alila 2007b: 662–663.)

Alilan (2007b: 664) mukaan yksilöohjaus tukee tupakoinnin lopettamista, kun taas ryhmäohjaus ei ole yhtä tehokas menetelmä, mutta selkeästi kuitenkin tehokkaampi kuin tupakoivan henkilön omin avuin lopettaminen. Myös puhelimitse annettu ohjaus on tehokkaampi kuin ilman henkilökohtaista hoitokontaktia tapahtuva tupakoinnin lopettamisyritys.

Asiakkaan kanssa tulisi tehdä lista tupakoinnin eduista ja haitoista sekä niistä saaduista kokemuksista. Hoitohenkilökunta myös motivoi ja tukee asiakasta hänen juurtuneiden tapojensa muuttamisessa. Asiakasta ohjataan hävittämään kaikki tupakointiin liittyvät välineet, fyysisistä vieroitusoireista informoidaan ja niiden kerrotaan kestävän yleensä muutaman viikon. Asiakkaalle on hyvä huomauttaa, että vieroitusoireet voivat alkaa uudelleen vuosienkin kuluttua lopettamisesta jo yhden savukkeen polttamisen laukaisemina. Ohjauksessa tulisi käydä läpi myös se, miten fyysisiä vieroitusoireita voi itse lieventää. Hyviä hoitokeinoja tupakanhimoa ovat nikotiinikorvaushoito, tupakoivan seuran välttäminen, ksylitolikarkit, syvähengitys, mielikuvaharjoitukset, ”en tupakoi”-asenne sekä itsensä kehuminen. (Alila 2007b: 664.)

Hollannissa vuonna 2005 suoritettiin tutkimus tupakoinnin lopettamista koskevan neuvonnan vaikutuksista. Tulokset kerättiin koe- ja kontrolliryhmiltä, jotka koostuivat kätilöistä (n = 118) sekä raskaana olevista äideistä (n = 318). Kontrolliryhmä sai tavallista rutiinineuvontaa koskien tupakoinnin lopettamista. Koeryhmä sai terveysneuvontaa ja itsehoitomateriaalia liittyen tupakoinnin lopettamiseen raskauden ja lapsivuodeaikana, sekä ohjekirjasen koskien kumppanin tupakointia. Vastauksia analysoitiin jakamalla vastaukset neljän erilaisen mallin mukaan: äidin 7 päivää kestänyt tupakkalakko, tupa-

koinnin lopettaminen ainakin toistaiseksi, kumppanin tupakointi 6 viikkoa intervention jälkeen sekä kumppanin tupakointi 6 viikkoa synnytyksen jälkeen. Koeryhmästä 19 % kertoi pysyneensä viikon lakossa, kun taas kontrolliryhmässä ainoastaan 7 % kykeni pidentäytymään tupakasta viikon ajan. Toistaiseksi tupakoinnin lopettaneita koeryhmässä oli 12 %, kontrolliryhmässä vain 3 %. Koeryhmän äideistä 76,2 % antoi kirjallisen materiaalin kumppanilleen luettavaksi. Kirjasen saaneista 48,4 % kertoi lukeneensa sen. Kumppanin tupakointiin ei kummassakaan ryhmässä kyetty käytetyin menetelmin vaikuttamaan. (Bakker ym. 2005: 177, 184.)

Bakker ym. (2005: 184) painottavat, että sosiaalinen tuki on tärkeä osa tupakoinnin lopettamisen onnistumisessa, sillä kumppanin tupakoinnilla on todettu olevan vaikutusta raskaana olevan tupakointitapoihin ja lopettamisen onnistumiseen. Bakker ym. (2005: 185) viittaavat Stantonin ym. (2004) suorittamaan samankaltaiseen tutkimukseen, jossa isien suhteen koeryhmän lopettamisprosentti (16,5 %) oli huomattavasti suurempi kuin kontrolliryhmän vastaava luku (9,3 %), joten ohjauksella tässä tapauksessa kyettiin vaikuttamaan kumppanin lopettamispäätökseen. Kyseisessä tutkimuksessa koeryhmän isät saivat 18-minuutin mittaisen videon, nikotiinilaastareita sekä tietopaketin ja -lehtisen. Tekijät arvelivat erityisesti nikotiinilaastarien olevan koeryhmän paremman tuloksen takana. Bakker ym. (2005: 185) kuitenkin huomauttavat, että lisätutkimukset ovat tarpeen selvitettäessä kuinka kumppaneitakin voitaisiin motivoida tupakoinnin lopettamisessa.

Tutkijat tähdentävät, että kättilöt tarvitsevat asianmukaisen koulutuksen kyetäkseen auttamaan ja tukemaan raskaana olevia äitejä tupakoinnin lopettamisessa. Lisäksi he mainitsevat, että tehokasta strategiaa retkahdusten estämiseksi ei vielä ole pystytty löytämään. (Bakker ym. 2005: 177.)

Englannissa tehdyssä tutkimuksessa (2001) selvitettiin, kuinka tehokas on raskaana olevien naisten (n = 1120) lyhytkestoinen kertaohjaus tupakoinnin lopettamiseksi. 10–15 minuutin ohjaus rakentui mm. lyhyestä ohjaustuokiosta sekä kirjallisesta materiaalista. Tulokset viittaavat siihen, että kättilöiden antama kertaohjaus ei ole käytännöllinen eikä tehokas menetelmä raskaana olevan naisen auttamisessa tupakoinnin lopettamiseksi. (Eiser ym. 2001: 485.) Tupakoinnin lopettamisen seuranta ja jatkuva tukeminen nähdäänkin tärkeänä osana lopettamisprosessia ja edesauttavana tekijänä lopettamisen onnistumisessa (Dolan-Mullen ym. 2000: 80–83).

Suomessa tupakoivan potilaan neuvonnassa on käytetty nk. kuuden K:n sääntöä eli *kysymistä, kirjaamista, keskustelua, kehottamista, kannustamista* sekä *kontrollointia*. Lähtökohtana tässä pidetään tupakoinnista *kysymistä*. Hoidon jatkuvuuden ja tilanteen seuraamisen mahdollistamiseksi tupakointitilanne *kirjataan* ylös potilasasiakirjoihin. Odottavan äidin kanssa kannattaa *keskustella* tupakointitilanteesta, hänen mahdollisesti kokemistaan tupakoinnin aiheuttamista haitoista ja halukkuudesta lopettaa. Äitiä on syytä *kehottaa* tupakoinnin lopettamiseen. Henkilö, joka ei ole edes harkinnut tupakoinnin lopettamista, ei luultavasti ole kykenevä lyhyen aikavälin tavoitteen saavuttamiseen. Lopettamisvaiheessa oleva henkilö taas tarvitsee motivaation lisäämistä sekä tietoa lopettamisen apukeinoista. *Kannustamisen* tavoitteena on tukea ja antaa positiivista palautetta lopettamistavoitteessaan edenneelle. *Kontrolloinnilla* varmistetaan lopettamisen etenemisen seuranta. (Päihdelääketiede 2003: 424.) Kuuden K:n neuvontaohjelma muistuttaa 5 A's –neuvontaohjelmaa.

Terveysneuvonnassa tupakoinnin lopettamiseksi lähtökohtana tulisi olla naisen oma näkemys hänen tupakoinnistaan. Ottamalla ohjauksessa huomioon naisen elämäntilanteen ja suhteen tupakointiin mahdollistetaan se, että nainen ymmärtää, mitä ohjaus merkitsee ensisijaisesti juuri hänen terveydelleen, mutta myös sikiölle. Ohjauksen tulisi rakentua useista elementeistä; hyvinvoinnista, sosiaalisista tekijöistä ja tupakoinnin vaaroista. Tieteellisten faktojen tulisi puolestaan olla vähemmän tärkeässä roolissa. Ohjauksessa olisi huomattavan tärkeää pyrkiä elämäntapojen pysyvään muutokseen. (Abrahamsson 2004: 58–59.)

3.5 Nikotiinikorvaushoito odottavien äitien tupakoinnin lopettamisen apuna

Tupakoinnin lopettaminen on usein vaikeaa, vaikka tietoa tupakoinnin vaaroista olisikin riittävästi. Hannu Vierolan mukaan (2006: 293) yleensä esteenä ei ole motivaation puute, vaan riippuvuus nikotiinista. Liikuntaa harrastaville ja korkeakoulutetuille henkilöille tupakasta luopuminen on helpompaa. Vierola esittää tyttöjen ja naisten tupakkatietoa käsittelevässä kirjassaan *Pysy nuorena – elä kauemmin* (2006), että naisten olisi miehiä vaikeampaa lopettaa tupakointi, sillä he miehiä pienemmän kokonsa vuoksi tulevat helpommin nikotiiniriippuvaisiksi. (Vierola 2006: 292–293.)

Vierola (2006: 87, 293) esittelee kolme kohtaa tupakoinnin lopettamisen edellytykseksi: motivaatio, tavan murtaminen ja nikotiinikorvaushoito. Vieroitusoireita voi helpottaa nikotiinikorvaushoidolla, mutta sen merkitystä ja pelkästään korvaushoidon varaan laskemista ei saisi korostaa liikaa. Osalla tupakoijista riippuvuus onkin enemmän psykososiaalinen. Nikotiinihoidosta raskauden aikana hyötyvät parhaiten ne, jotka tupakoivat paljon (10–20 savuketta/vrk) ja ovat aloittaneet tupakoinnin hyvin nuorena (10–12-vuotiaana).

Nikotiinikorvaushoitoa tulee harkita, jos odottava äiti ei muutoin pysty tupakointiaan vähentämään tai lopettamaan (Chan – Koren 2003: 165). Nikotiinikorvaushoito lievittää nikotiinivieroitusoireita erityisesti niillä, jotka polttavat yli kymmenen savuketta päivässä. Nikotiinikorvaustuotteet pitävät veren nikotiinipitoisuuden pienempänä kuin tupakoitaessa, mutta niiden nikotiinimäärä riittää lievittämään vieroitusoireita. (Riikola – Winell 2007.) Raskaana oleville ja imettäville nikotiinikorvaushoito on parempi ja turvallisempi vaihtoehto kuin tupakointi. Tämä on perusteltavissa mm. sillä, että nikotiinikorvaushoito haittaa sikiön kasvua ja kehitystä vähemmän kuin tupakoinnin jatkaminen. Hoidon aikana naisen ja sikiön veren nikotiinipitoisuus on paljon alhaisempi kuin äidin tupakoidessa. Nikotiinikorvaushoidossa ei ole hääkäasuja, tervaa ja muita tupakassa olevia terveydelle haitallisia aineita, joita siirtyy elimistöön tupakoitaessa. (Chan – Koren 2003: 169; Pharmaca Fennica 2007b; Vierola 2006: 86.)

Suomalaisasiantuntijoiden laatiman Käypä hoito –suosituksen mukaisesti korvaushoidoksi tulisi valita valmistemuotoja, joiden vaikutus on hetkellistä eikä jatkuvaa (Riikola – Winell 2007). Raskaana olevien naisten nikotiinikorvaushoidoksi tulisikin ensisijaisesti valita nikotiinipurukumi tai -kielenalustabletit. Päivittäiset savukkeet tulisi korvata enintään samalla lukumäärällä nikotiinipurukumeja tai -kielenalustabletteja. Suomessa nikotiinilaastareita ei suositella käytettävän, sillä ne nostavat sikiön veren nikotiinipitoisuuden koholle useiksi tunneiksi tai jopa vuorokaudeksi. (Vierola 2006: 87.)

Tupakoinnin lopettamisessa auttavat hoitajat tai lääkärit voivat nikotiiniriippuvuuden voimakkuutta arvioidessaan käyttää apunaan ruotsalaisen tutkijan, Karl Olov Fagerströmin, kehittämää nikotiiniriippuvuusasteikkoa. Testissä (liite 7) kartoitetaan päivittäisten savukkeiden lukumäärä, yleisimmät tupakointiajankohdat vuorokaudessa, milloin savukkeet tuottavat eniten mielihyvää sekä missä tilanteissa tupakoimattomuus koetaan vaikeimmaksi. Riippuvuuden määrittämisellä on merkitystä muun muassa niko-

tiinilaastarin tai -purukumin valinnassa. Oikean annoksen määrittäminen on tärkeää hoidon onnistumisen kannalta. (Alila 2007a: 665; Chan – Koren 2003: 168; Laitinen – Toikkanen 2003: 23; Vierola 2006: 87, 300.)

Tanskassa suoritettiin vuosina 1995–1997 tutkimus, jonka tarkoituksena oli arvioida nikotiinilaastarien vaikutusta raskaana olevien naisten (n = 250) tupakoinnin lopettamisessa sekä nikotiinin vaikutusta syntymäpainoon ja ennenaikaiseen synnytykseen. Tutkittava kohderyhmä jaettiin kahtia. Puolet tutkittavista käytti aitoja nikotiinilaastareita (n = 124) ja toinen puolikas placebolaastareita (n = 126). Kaikista tutkittavista kokonaisuudessaan 26 % lopetti tupakoinnin ja 14 % oli tupakoimatta vielä vuosi synnytyksen jälkeen. Ryhmien välillä ei ollut eroavaisuuksia tupakoinnin lopettamisessa. Nikotiinilaastareita käyttäneillä äideillä lasten syntymäpainot olivat keskimäärin 186 grammaa korkeampia placebo-ryhmään verrattuna. Synnytyksen ennenaikaisuudessa ei ollut eroavaisuuksia ryhmien välillä. Tutkimuksen mukaan nikotiinilaastareilla ei ole vaikutusta tupakoinnin lopettamisessa raskauden aikana, mutta toisaalta ei myöskään tällä tutkimuksella osoitettavissa olevia riskejä sikiön terveydelle. (Henriksen ym. 2000: 967–971.)

Nikotiinikorvaushoidon vaikutuksista raskauteen ja sikiön hyvinvointiin sekä sen tehokkuudesta lopettamiskeinona on vielä liian vähän tutkittua tietoa, jotta korvaushoitoa voitaisiin täydellä varmuudella suositella raskaana olevalle naiselle tupakoinnin lopettamiseksi tai sen vähentämiseksi. Muiden hoitomuotojen käyttäminen on suositeltavampaa. Siinä tapauksessa, että niistä ei tunnu löytyvän apua lopettamiseen, olisi äidin vasta tässä vaiheessa syytä yhdessä hoitohenkilökunnan kanssa punnita korvaushoidon hyviä ja huonoja puolia ja harkita sen aloittamista. Ensisijaisen tärkeää ja hyödyllistä olisikin panostaa hoitohenkilökunnan koulutukseen, jotta he osaisivat käyttää tehokkaita hoitotyön menetelmiä lopettamisen tukemisessa. Näin nikotiinikorvaushoitoon ei tarvitsisi tukeutua. (Chan – Koren 2006: 169.)

4 OPINNÄYTETYÖN TAUSTA JA TARKOITUS

4.1 Moniammatillinen yhteistyöhanke Pietarin synnytyslaitos nro 9 alueen terveyden edistämiseksi

Vuonna 2003 aloitettiin moniammatillinen yhteistyöhanke perheiden terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi Pietarin synnytyslaitos nro 9 alueella ja se päättyi vuoden 2007 lokakuussa pidettyyn loppuseminaariin Pietarissa. Hanke perustuu Maailman terveysjärjestön, WHO:n, sekä Sairaanhoidon Tutkimuslaitoksen väliseen sopimukseen yhteistyöstä. Myös WHO:n ja UNICEFin vauvamyönteisyysohjelma on soveltuvien osin ollut perustana hankkeelle. Hanke on keskittynyt erityisesti naisten, lasten ja perheiden terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseen vuosina 2003–2007 Pietarin ja Helsingin alueilla. Toteutuksessa pyrittiin myös huomioimaan ja kunnioittamaan paikallista kulttuuria ja sen työntekijöiden näkemyksiä. (Kangas 2003: 3; Toivonen 2005: 2.)

Mukana hankkeessa on ollut monen eri ammattikunnan asiantuntijatahoja, kuten Sairaanhoidon tutkimuslaitos, Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin Naistensairaala ja Lasten ja nuorten sairaala, Suomen sairaanhoitajaliitto ry, Kättilöliitto, Helsingin kaupungin terveysvirasto, Helsingin ammattikorkeakoulu Stadia, Kunta-alan ammattiliitto, KTV ry sekä edustus Sosiaali- ja terveysministeriöstä. Ulkoministeriö rahoitti hanketta. (Kangas 2003: 3.) Opinnäytetöitä hankkeen eri osiin pohjautuen on tehty vuodesta 2003 alkaen mm. Helsingin ammattikorkeakoulu Stadiassa sekä Jyväskylän ammattikorkeakoulussa. Vuonna 2004 hoitohenkilökunnalle suoritettiin alkukartoitus, josta Eeva Toivonen teki opinnäytetyön (2005) Jyväskylän ammattikorkeakoulussa.

4.1.1 Ympäristön kuvaus

Pietarilaisten naisten lisääntymisterveyden suhteen ei ole viime aikoina tapahtunut juurikaan paranemista (Toivonen 2005: 18). Syntyvyys on hieman kuolleisuutta pienempi (-0.46 %) (WHO 2006). Mm. endometrioosin, raskauden-, synnytyksen- ja lapsivuodeaikaisten komplikaatioiden, anemian sekä lapsettomuuden esiintyminen on lisääntynyt. Näin on käynyt myös kohdun sisäisten infektioiden määrälle. Tämä johtuu synnyttäjien

huonosta terveydentilasta. (Toivonen 2005: 18.) Kuolan niemimaan kahdessa kaupungissa vuosien 1996 ja 2003 välillä suoritetussa tutkimuksessa kävi ilmi, että kaikista vastanneista naisista ($n = 1696$) jopa 13 % oli jossain vaiheessa kärsinyt sisäsynnytintulehduksesta (pelvic inflammatory disease, PID) (Bykov ym. 2007: 168). Infektiot ovat yksi merkittävä vastasyntyneiden sairastavuuden ja kuolleisuuden syy. Raskauden aikana merkittävästi esiintyviä ongelmia ovat mm. pre-eklampsia, anemia, sukupuolitaudit ja sydän- ja verisuonitaudit. Synnytyksistä 2/3 on komplisoituneita. Syitä äitikuolleisuuteen ovat mm. raskaudenkeskeytykset, raskauden- ja synnytyksenaikaiset verenvuodot, raskausmyrkytys, kohdun ulkopuolinen raskaus sekä synnytyksen aikainen sepsis. (Toivonen 2005: 16–18.)

Suurin osa äitikuolleisuuden syistä ei kuitenkaan ole suoraan obstetrisia, vaan kuoleminen aiheuttajia ovat infektiot, sydänsairaudet ja itsemurhat. Vuosien 1992 ja 2003 välisenä aikana synnytykseen kuolleiden naisten määrä Venäjällä oli keskimäärin 43 kuollutta äitiä 100 000 elävänä syntynyttä lasta kohden. Luku on yli viisinkertainen verrattuna esimerkiksi Yhdysvaltojen vastaavaan lukemaan vuodelta 1982. (Forsen – Gurina – Sundby – Vangen 2006: 283, 286.) WHO (2006) arvioi äitikuolleisuusluvun olleen vuonna 2000 45–90/100 000.

Pietarissa lapsista 20 % on jo syntyessään sairaita. Ennenaikaisesti syntyneiden lasten hoitoa pidetään merkittävänä ongelmana. Vuonna 2004 synnytyksistä ennenaikaisia (raskausviikoilla 22–37 syntyneitä) oli 16 %. Perinataalimortaliteetti on alueella korkea, 16,4/1000 elävänä syntynyttä kohden, joka on myös Venäjän keskiarvoa korkeampi luku. Perinataalimortaliteetti määritellään eri tavoin Venäjällä kuin WHO:n mukaan, joten määritelmää muutettaessa WHO:n määritelmän mukaiseksi, nousisi luku huomattavasti (Toivonen 2005: 16.) WHO (2006) onkin arvioinut vuoden 2000 perinataalimortaliteettiluvuksi 25/1000. Vuonna 2004 oli imeväiskuolleisuus puolestaan 13/1000 (WHO 2006).

Vuonna 2005 synnytyksen avustajista päteviä oli 99,4 % (WHO 2007a). Vuonna 2003 sairaanhoitajia oli tuhatta asukasta kohden noin kahdeksan ja lääkäreitä 4,25, kun taas kätilöitä oli vain vajaa puolikas (0,47) (WHO 2003). Lääkärin asema Venäjällä on korostunut eri tavalla kuin Suomessa ja johtavassa asemassa synnytystapahtumassa kätilön tai sairaanhoitajan sijasta onkin juuri lääkäri. Lääkärit myös osallistuvat mm. imetysohjaukseen, kun Suomessa tämä painottuu täysin kätilön vastuulle. Äitiyshuollossa nainen

ja perhe asettuvat passiivisen osallistujan rooliin eivätkä he osallistu hoitoon tai hoitoa koskevaan päätöksentekoon, potilaan ja hoitotyöntekijän suhteen jäädessä työntekijä-painotteiseksi. (Toivonen 2005: 17, 20.)

Resurssien, materiaalin ja ajan puute vaikeuttavat terveysneuvonnan toteutumista Venäjällä (Balachova – Bonner – Isurina – Tsetkova 2007: 888). Yhteiskunnan palvelujärjestelmän tehtävänä on tuottaa tietoa ja tarjota terveyspalveluita myös raskaana oleville naisille, kuten kaikille muillekin yhteiskuntansa jäsenille, mikä asettaa ristiriidan näiden realiteettien välille. Myös alkoholin ja tupakoinnin haitoista kertominen kuuluvat kuitenkin olennaisena osana hoitohenkilökunnan tehtäviin.

Venäjällä alkoholin ja tupakoinnin vaikutuksia on nähtävissä tilastoissa mm. tapaturmien ja sairauksien muodossa, sekä äiti-lapsikuolleisuusluvuissa. Vastasyntyneiden kuolleisuus Venäjällä on 18 tyttölasta ja 14 poikalasta tuhatta elävänä syntynyttä kohden (WHO 2007b). Tämä luku on 3–4 kertaa korkeampi verrattuna Länsi-Eurooppaan ja Pohjois-Amerikkaan. Venäläiset syntyvät pienempinä ja sairaampina kuin aikaisemmin ja myös itse syntyvyys on alentunut. (Massey 2002: 2.) Monet naiset myös pelkäävät koko hedelmällisen ikänsä raskaaksi tulemistä (Ihamäki 2006: 6).

Syinä tilanteeseen pidetään yhteiskunnallisia ongelmia, kuten köyhyyttä ja infektiosairauksia, mutta myös raskaana olevien naisten oman käytöksen katsotaan vaikuttavan imeväiskuolleisuuteen, syntymäpainon alenemiseen sekä vastasyntyneiden sairauksien esiintymiseen. Tällaista käytöstä edustavat juuri alkoholin sekä huumeiden käyttö ja tupakointi, mutta myös viivästynyt tai kokonaan puuttuva äitiyshuollon tuki. (Bruce ym. 2004: 93; Massey 2002: 2.) Toivonen (2005: 17) viittaa opinnäytetyössään amerikkalaiseen tutkimukseen (Ivanov 2000), jossa korostetaan pietarilaisten äitien ensimmäisen raskauskolmanneksen aikana tapahtuvan äitiyshuollon piiriin hakeutumisen tärkeyttä. Tutkimuksessa todetaan, että synnytyksen aikana kuolleista äideistä yli 40 % ei ollut saanut minkäänlaista hoitoa raskausaikana. 34 % äideistä oli hankkiutunut hoitoon vasta toisen tai kolmannen raskauskolmanneksen aikana. Alkoholisoituneiden äitien on todettu käyttävän neuvolan terveyspalveluja epäsäännöllisesti. Ensimmäiselle käynnille myös hakeudutaan usein raskauden edettyä jo pidemmälle. (Rautavuori 2001: 32.)

Venäjällä vallitsee pitkä juomisen perinne niin naisten kuin miestenkin keskuudessa. 1990-luvun lopussa puhdasta viinaa käytettiin 11–14,5 litraa henkilöä kohden vuodessa,

kun keskivertokäytön valtiossa se on noin kahdeksan litraa. Alkoholinkäyttöä koskevat luvut ovatkin Venäjällä maailman korkeimpien joukossa. Vuoden 2006 maaliskuussa noin 2 369 000 ihmistä luokiteltiin alkoholiriippuvaiseksi. Luku on 15 % korkeampi kuin vuonna 2000. Luvun kuitenkin arvioidaan olevan itse asiassa vieläkin korkeampi, kuusin- tai seitsemänkertainen, sillä kaikki alkoholiongelmaiset henkilöt eivät hakeudu tai pääse terveydenhuollon piiriin eivätkä näin ollen ole rekisteröitävissä. Tämä tarkoittaisi sitä, että jopa 15 000 000 venäläistä kärsii alkoholiriippuvuudesta. Vaikka juomista pidetään Venäjällä epäfeminiinisenä ja selkeitä eroja on huomattavissa miesten ja naisten alkoholinkulutustottumusten välillä, on alkoholia käyttävien naisten lukumäärä kasvanut 1990-luvulta lähtien. (Balachova ym. 2007: 883)

Vuonna 2005 Moskovassa tehtiin tutkimus, jossa kartoitettiin naisten (n = 413) alkoholinkäyttöä ennen hedelmöittymistä sekä raskauden aikana. Tulokset osoittavat, että Moskovan alueella on runsaasti raskaana olevia naisia, jotka tarvitsevat tietoa ja ohjausta alkoholin vaikutuksista sikiöön ja raskauteen. Niiden raskaana olevien naisten määrä, jotka eivät ollenkaan käytä alkoholia, on siellä hyvin pieni. (Bakhireva – Chambers – Joutchenko – Kavteladze – Lyons Jones 2006: 133, 134, 137.)

Myös Pietarissa suoritettiin (1999–2000) tutkimus, jossa tutkittiin hedelmällisessä iässä olevien naisten (n = 899) alkoholinkäyttöä. Raskaana olevat ja ei-raskaana olevat naiset kertoivat molemmat avoimesti alkoholinkäytöstään. Ei-raskaana olevista naisista 95,9 % oli käyttänyt alkoholia viimeisten 12 kuukauden aikana. 2/3 raskaana olevista naisista taas oli juonut alkoholia senkin jälkeen, kun oli saanut tietää raskaudestaan. 1/3 raskaana olevista naisista jatkoi alkoholinkäyttöä koko loppuraskauden ajan. Tutkimukseen osallistuneista naisista 90 % tiesi, että alkoholin nauttiminen raskaana ollessa on haitallista sikiölle. (Kristjanson – Novikov – Tsoy – Wilshack - Zvartau 2007: 299–300, 305–306.)

Tuloksista ei ilmennyt, millaista neuvontaa alkoholinkäytön lopettamiseksi terveydenhuolto oli äideille tarjonnut. Tutkimuksessa selvinneet tilastot antavat kuitenkin syytä pohdinnalle siitä, millaisin keinoin äitien alkoholinkäyttöön, sen vähentämiseen ja lopettamiseen, voitaisiin vaikuttaa, sillä ilmeisestikään haittojen tiedostaminen yksin ei ole ollut riittävä syy alkoholinkäytön lopettamiseksi raskauden aikana. (Kristjanson ym. 2007: 299–306.)

Venäjällä raskaudenaikaiseen alkoholinkäyttöön liittyvän FAS-oireyhtymän esiintyvyyttä ei tiedetä tarkkaan. Murmanskin alueella tehdyn selvityksen mukaan jopa 13 %:lla lapsista oli paljon ja 45 %:lla kohtuullisesti raskaudenaikaiseen alkoholinkäyttöön viittaavia ulkonäöllisiä piirteitä, joita FAS-oireyhtymässä tyypillisesti esiintyy. Pietarilainen tutkimus käsittelee FAS-oireyhtymän ehkäisyä ja tietoisuutta siitä Venäjällä. Tutkimus suoritettiin henkilökunnalle ($n = 23$), johon kuului yleislääkäreitä, pediatreja, obstetrikkoja ja gynekologeja, äideille ($n = 23$) sekä miespuolisille kumppaneille ($n = 5$). Tulokset osoittavat, että äideillä ja heidän puolisoillaan oli rajoitetusti tietoa raskaudenaikaisen alkoholinkäytön negatiivisista vaikutuksista sikiön terveyteen tai heillä oli väärää tietoa asiasta. Vain muutamat tunnistivat termin fetaalialkoholisyndrooma (FAS). Yleisesti ottaen kuitenkin ajateltiin, että raskaana olevan naisen tulisi pidättäytyä juomasta alkoholia. Tästä huolimatta osa vastanneista uskoi, että viinin kohtuullinen juominen oli sallittavaa, jopa hyödyllistä äidin ja sikiön terveydelle. Äitien lisäksi myös henkilökunnan tiedoissa tuntui olevan puutteita niin FAS-syndrooman syiden kuin seuraustenkin osalta. Oireyhtymän tunnistivat parhaiten pediatrit. (Balachova ym. 2007: 881–882, 888.)

Venäjällä tehdyn tutkimuksen ($n = 1599$) tulokset viittaavat siihen, että mm. maantieteelliset erot vaikuttavat alkoholinkäyttöön. Venäläiset naiset käyttävät runsaasti alkoholia erityisesti Volgan alueella ja Pohjois-Kaukasiassa. Mahanmuuttaneiden naisten alkoholinkäyttö verrattuna venäläisiin naisiin on puolet vähäisempää. (Boback – Marmot – McKee – Rose 1999: 858.)

Kuten alkoholinkäytön, myös tupakoinnin kohdalla maantieteelliset erot näyttävät vaikuttavan ilmiön esiintymiseen. Kuolan niemimaalla sijaitsevien kahden kaupungin eroja raskaana olevien terveyden osalta tutkittaessa selvisi, että Moncegorskin kaupungissa asuvista naisista 37 % tupakoi, kun Apatity-kaupungissa heitä oli huomattavasti vähemmän (24 %). Moncegorskissa asuvista naisista 4 % ja apatitylaisista 3 % ilmoitti tupakoineensa raskauden ajan. Apatityssa on verrokkikaupunkiaan korkeammin koulutettuja sekä vähemmän natiiveja asukkaita. (Bykov ym. 2007: 173–174.)

Yleisesti ottaen tupakointi on koko Venäjällä lisääntynyt Neuvostoliiton hajoamisen jälkeen (Bykov 2007: 177). Sittenmin lukemien kasvu on tasoittunut. Vuonna 1996 keskimäärin 61 % venäläisistä miehistä poltti. Vuonna 2004 luku oli hieman kohonnut (63 %). Naisista vuonna 1996 15 % tupakoi ja kahdeksan vuotta myöhemmin heitä oli

16 %. Miesten kohdalla tupakointi väheni korkeammin koulutettujen keskuudessa verrattuna matalasti koulutettujen tupakoinnin määrään. Naisten keskuudessa tupakointi oli yleisempää suurissa kaupungeissa. Tutkijat epäilevät, että naisten tupakointi kasvaa tulevaisuudessa, sillä tupakkaa valmistavien yritysten on sanottu laajentavan mainontansa myös pienempiin kaupunkeihin, kun se tällä hetkellä on keskittynyt erityisesti suurten kaupunkien, kuten Moskovan ja Pietarin seudulle. (Boback – Gilmore – Marmot – McKee – Rose 2006: 131, 134.)

Pietarissa on 10 synnytyssairaalaa ja neuvolajärjestelmä. Pietarin synnytyslaitos nro 9:n yhteydessä toimii myös neuvola, jossa asiakkaat käyvät keskimäärin 12–14 kertaa raskautensa aikana. Kaikki raskaana olevat naiset eivät kuitenkaan käytä tarjolla olevia neuvolapalveluita. Sairaalan asiakkaista pieni osa on myös naistentautipotilaita. Synnytyslaitos nro 9 on erikoistunut ennenaikaisten synnytysten hoitoon. Sairaalalle myönnettiin vuonna 1999 Baby Friendly Hospital -sertifikaatti, jonka edellytyksenä on, että koko henkilökunta on saanut minimissään yli 18 tunnin mittaisen WHO:n imetysohjaajakoulutuksen (Toivonen 2005: 18, 37).

Vuonna 2004 sairaalassa työskenteli vakituisesti 51 kätilöä, 25 sairaanhoitajaa sekä 6 osastonhoitajaa. Heidän lisäksi sairaalassa toimi myös sijaisia. Henkilökunnan työvuorot ovat 24 tunnin mittaisia. Sairaalassa toimii 80-paikkainen antenataaliosasto, jossa potilaiden keskimääräinen hoitoaika on 12 vuorokautta. Potilaita osastolla on vuorokaudessa keskimäärin 78. Sairaalan synnytyssali on 10-paikkainen. Lapsivuodepaikkoja on 90. Potilashuoneet ovat lapsivuodeosastoilla 2–6 äidille mitoitettuja vierihoidonhuoneita. Perhehuoneita ei osastoilla ole tarjolla. Isät ja sukulaiset osallistuvat lapsen hoitoon usein vain silloin, kun äidin vointi on hyvin huono. (Toivonen 2005: 18–19.)

4.1.2 Hankkeen tavoitteet

Hankkeen tavoitteena on ollut monin erilaisin keinoin lisätä pietarilaisten ja suomalaisten lääkäreiden, kätilöiden, sairaanhoitajien sekä laitoshuoltajien osaamista ja valmiuksia raskaana olevien ja synnyttäneiden perheiden sekä naistentautipotilaiden terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi. Pääpaino on kohdistunut erityisesti perhevalmennukseen, raskaudenajan seurantaan, synnytyksen ja sen jälkeisen ajan hoitoon sekä hoitoympäristöön. Tavoitteena on ollut myös kehittää Pietarin synnytyslaitos nro 9:n alueen

hoitohenkilökunnan valmiuksia antaa tietoa lastenhoidosta, perheiden terveydenhuollosta sekä ehkäisyneuvonnasta asiakkailleen. Myös yhteistyötä suomalaisten järjestöjen ja yhdistysten, kuten ensi-, turva- ja lastenkotien sekä raiskauksien ja perheväkivallan vastaista työtä tekevien tahojen kanssa on pyritty rakentamaan. (Kangas 2003: 3.) Pietarilaiset itse ovat esittäneet tarpeen perhe- ja synnytysvalmennuksen sekä vastasyntyneen hoidon kehittämiseen (Toivonen 2005: 2).

4.1.3 Alkukartoituksen tulosten kuvaus

Alkukartoitukseen vastasi 84 hoitohenkilökunnan jäsentä. He olivat sairaanhoitajia tai kätilöitä. Alkukartoitukseen osallistuneesta henkilökunnasta suurin osa (63 %) oli alle 40-vuotiaita. Koko hoitohenkilökunta oli saanut keskiasteen ammatillisen koulutuksen. 2–4 vuotta kestänyt koulutus oli 71:llä (85 %) työntekijöistä. Yli neljän vuoden koulutus oli kahdella (2 %) ja yhdellätoista (13 %) alle kahden vuoden koulutus. Henkilökunnasta 67 % oli saanut WHO:n vähintään 18 tunnin mittaisen imetysohjaajakoulutuksen. Työpaikalla imetysohjaajakoulutusta oli saanut 85 %. (Toivonen 2005: 25.)

Hoitohenkilökunnan ohjauksessa lähes kaikkia hoidon osa-alueita pidettiin tärkeinä ja niistä keskusteltiin henkilökunnan mielestä potilaan kanssa riittävästi. Ohjausta raskauden aiheuttamista fyysisistä ja psyykkisistä muutoksista, sikiön kehityksestä, sikiötä uhkaavista tekijöistä sekä vanhemmuuteen kasvusta ja parisuhteen hoidosta pidettiin tärkeänä, joskin kahteen jälkimmäiseen osa kyselyyn osallistuneista ei ottanut kantaa. Myös synnytykseen liittyvät asiat, kuten synnytyksen kulku, synnytyskivun hoitokeinot sekä varhaisimetys synnytyssalissa, koettiin kaikki tärkeiksi ohjauksen osa-alueiksi. Isän rooli synnytyksessä, synnytysosastoon tutustuminen ja synnytyspeloista puhuminen jakoivat pienen osan vastanneista ryhmään, joka ei ottanut kantaa. (Toivonen 2005: 28.)

”Vauvamyönteisyysohjelmaan” liittyviä osa-alueita, kuten varhaista vuorovaikutusta ja imetyksen varhaista tukemista, pidettiin tärkeinä. Vain ehkäisystä, äidin mielialojen vaihtelusta ja synnytyksen jälkeisestä masennuksesta ohjaukseen liittyvät kysymykset olivat sellaisia, joihin murto-osa (4 %) ei ottanut kantaa. Lähes yksimielisiä sen sijaan oltiin terveystottumuksiin, kuten liikuntaan ja ravitsemukseen liittyvän ohjauksen tarkeydestä. Lääkkeiden käyttöön, tupakointiin ja alkoholinkäyttöön kohdistuvaa ohjausta

ei sitä vastoin suinkaan koettu yhtä tärkeänä. Vain hieman yli puolet (60 %) henkilökunnasta oli sitä mieltä, että terveyskasvatus alkoholinkäytön ja tupakoinnin osalta kuului heidän toimenkuvaansa, toisen puolen ollessa jyrkästi eri mieltä. (Toivonen 2005: 30–31.) Kysymyksistä ainoastaan juuri tämä osa-alue sai selkeästi eniten vastakkaisia mielipiteitä, kun muissa kysymyksissä samanlaisia ääripäitä ei esiintynyt.

Lapsivuodeaikaisen hoidon ja ohjauksen miellettiin toteutuvan hyvin. Suurin osa keskusteli mielestään riittävästi äitien kanssa synnytyksestä toipumisesta ja hoidosta. Vastanneista 13 % ei osannut ottaa ohjauksen riittävyyskannan kantaa ja vain 4 % henkilökunnasta oli sitä mieltä, että äitien kanssa ei keskusteltu riittävästi asioista. (Toivonen 2005: 39.)

Myös kotiinlähtöohjaus toteutui hyvin imetyksen, vauvan hoidon ja äidin itsehoidon osalta. Suurin osa henkilökunnasta vastasi keskustelelevansa äidin kanssa kotiutusvaiheessa synnytyksen jälkeisestä ehkäisystä, parisuhteen merkityksestä sekä sosiaalisen tuen merkityksestä synnytyksen jälkeen. Osa ei kuitenkaan osannut ottaa kantaa näihin asioihin. (Toivonen 2005: 40.)

Avoimeen kysymykseen potilasohjauksen kehittämistarpeista yli puolet jätti vastaamatta. Eniten toivottiin lisäresursseja, enemmän henkilökuntaa tai vähemmän kuormitusta osastolle. Myös materiaalia erityisesti synnytykseen liittyviin osa-alueisiin sekä parannusta sairaalan olosuhteisiin toivottiin. (Toivonen 2005: 40.)

Toivonen (2005: 41) toteaa työssään, että terveiden vastasyntyneiden hoito ja imetysohjaus toteutuivat sairaalassa hyvin, mutta sairaiden ja tarkkailua vaativien vastasyntyneiden hoito sekä raskaana olevien naisten terveyden edistäminen vaativat vielä kehittämistä. Hän myös alleviivaa alkoholia käyttävien ja tupakoivien äitien ohjaamisen tärkeyttä.

4.2 Opinnäytetyön tarkoitus

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata hoidon nykytilannetta Pietarin synnytyslaitos nro 9:ssä. Loppukartoituksena toimineen kyselyn avulla selvitettiin hoitohenkilökunnan asenteita raskauden, synnytyksen ja lapsivuodeaikaisen ohjauksen eri osa-alueiden tärkeydestä, sekä hoidon toteutumisesta lapsivuodeosastolla. Alkoholinkäyttöä ja tupa-

kointia koskevat kysymykset nostettiin tässä työssä sekä viitekehuksessa että tulosten tarkastelussa esille, sillä niiden kohdalla vastausten poikkeamat olivat huomattavimmat. Myös äideille ja hoitohenkilökunnalle suoritetuissa alkukartoituksissa (Lassila – Ratola 2004; Toivonen 2005) tulokset alkoholinkäytöstä ja tupakoinnista keskustelun tärkeydestä olivat samansuuntaisia, joten huomio kiinnittyi erityisesti näihin aihealueisiin. Alku- ja loppukartoitusten tuloksia ei tässä työssä kuitenkaan verrata keskenään. Alkoholinkäyttöä ja tupakointia koskeville vastauksille pyritään löytämään myös mahdollisia yhteyksiä tai selityksiä mm. vastanneiden taustatekijöistä.

Teoreettinen viitekehys puolestaan tarjoaa tietoa lääketieteellisestä näkökulmasta raskaudenaikaisesta alkoholinkäytöstä ja tupakoinnista, sekä vaihtoehtoja erilaisista toimintamalleista alkoholia käyttävän tai tupakoivan odottavan äidin ohjaamiseen kotimaisten ja kansainvälisten tutkimusten pohjalta. Tämä opinnäytetyö herättää toivottavasti keskustelua ja kenties viitoittaa tietä suuntaan, jossa vielä useampi hoitohenkilökunnan jäsen kokee raskaudenaikaisesta alkoholinkäytöstä ja tupakoinnista ohjaamisen tärkeämpänä.

Opinnäytetyössä on hyvin kapea-alaisesti selvitetty suomalaista käytäntöä ja yritetty sitä vastoin löytää neutraali lähestymistapa tuoden esiin erilaisia tutkimustuloksia, käytäntöjä ja näyttöön perustuvia menetelmiä eri puolelta maailmaa. Tarkoituksena ei siis ole vertailla Suomen ja Venäjän äitiyshuollon käytäntöjä tai asenteita. Tilastollisten arvojen laajaa esiintuominen ei myöskään ole mahdollisesta, sillä tilastollisesti katsoen elinoloja on Venäjällä selvitetty niukasti (Ihamäki 2006: 10).

4.3 Tutkimuskysymykset

Opinnäytetyötä johdattelevat tutkimuskysymykset on valittu sekä hoitohenkilökunnalle suoritettua loppukartoitusta koskien että äideille ja hoitohenkilökunnalle tehtyjen alkukartoitusten tulosten pohjalta. Opinnäytetyössä pyritään saamaan vastaukset seuraaviin kysymyksiin:

1. Miten tärkeäksi synnytyslaitos nro 9:n hoitohenkilökunta kokee ohjauksen eri osa-alueet raskauden, synnytyksen ja lapsivuoteen aikana?

2. Kuinka potilaan ohjaus ja hoito toteutuu hoitohenkilökunnan mukaan lapsivuodeosastolla?
3. Miten tärkeäksi hoitohenkilökunta kokee alkoholinkäytöstä ja tupakoinnista keskustelemisen?
4. Onko alkoholinkäytöstä ja tupakoinnista keskustelemisen tärkeänä pitäminen selitettävissä vastaajan taustatekijöillä?
5. Miten alkoholinkäytöstä ja tupakoinnista keskustelemisen tärkeänä pitäminen on muuttunut alkukartoitukseen nähden?

5 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN

5.1 Tutkimusmenetelmät ja mittarin toteuttaminen

Jotta halutut asiat voitiin selvittää, oli kyselytutkimus tutkimusmenetelmänä paras vaihtoehto aineiston keräämiseksi. Koska yhteistyöhankkeen luonne ja projektin tarkoitus asettivat omat vaatimuksensa, jäi kyselytutkimus oikeastaan ainoaksi vaihtoehdoksi. Kvantitatiivisen tutkimuksen avulla voidaan kuvata numeerisessa muodossa ilmaistavaa aineistoa tai ilmiöissä tapahtuneita muutoksia. (Hirsjärvi – Remes – Sajavaara 1997: 129). Tämä tutkimuksen muoto vastasi työn tarkoitusta, sillä aineiston oli oltava tilastollisesti käsiteltävässä muodossa.

Tutkimusaineisto kerättiin strukturoidulla kyselylomakkeella (liite 1) Pietarin synnytyslaitos nro 9:n hoitohenkilökunnan jäseniltä. Loppukartoituksessa käytettiin samaa kyselylomaketta, joka laadittiin alkukartoitusta (Toivonen 2005) varten. Kyselylomake (liite 1 ja 3) on laadittu modifioimalla samaa aihepiiriä tarkastelevien tutkimusten kyselylomakkeita. Kysymykset 12 ja 13 ovat Leena Hannulan väitöskirjasta ”Imetysnäkemys ja imetyksen toteutuminen: Suomalaisten synnyttäneiden seurantatutkimus”. Mittarin on kehittänyt joukko terveydenhuollon asiantuntijoita, joihin kuuluu mm. terveydenhuollon ylihoitajia, Sosiaali- ja terveysministeriön ylitarkastaja sekä Helsingin ammattikorkeakoulu Stadian sosiaali- ja terveystieteiden opettajia. Kyselylomake muotoiltiin helposti vas-

tattavaksi. Taustatietoja koskevien kysymysten ja mielipideväittämien lisäksi lomake sisältää yhden avoimen kysymyksen. (Toivonen 2005: 20.) Loppukartoituksessa ei ollut enää mahdollista vaikuttaa kyselylomakkeen sisältöön tai muotoiluun.

5.2 Aineiston keruu ja analysointi

Kysely toteutettiin Pietarissa 1.11. – 8.11.2006 välisenä aikana. Lomake jaettiin 100:lle henkilökunnan jäsenelle. Lomakkeista palautui 101, joista kaksi oli kopioituja. Kaksi vastauslomakkeista hylättiin, sillä niissä oli vastattu vain muutamaaan väittämään. Kyselylomakkeessa kartoitettiin hoitohenkilökunnan taustatietoja, hoitohenkilökunnan näkemyksiä työyksikön ilmapiiristä, mielipidettä varhaisen vuorovaikutuksen havainnoinnin tärkeydestä, asioita, joita henkilökunta kokee tärkeiksi potilasohjauksessa sekä hoidon toteumista. Kysely sisälsi kysymyksiä myös sitä, miten äitiä kannustetaan omatoimisuuteen sairaalassa ja selviytymiseen kotona. Avoin kysymys koski mahdollisia potilasohjauksen kehittämistarpeita sairaalassa. (Toivonen 2005: 21.)

Mielipideväittämissä käytetään Likertin asteikkoa (täysin samaa mieltä – täysin eri mieltä) (Toivonen 2005: 22). Likertin asteikolla vaihtoehdot muodostavat nousevan tai laskevan skaalan. Vastaaja valitsee sen vaihtoehdon, joka kuvaa parhaiten sitä, miten voimakkaasti hän on samaa mieltä tai eri mieltä esitetyn väittämän kanssa. (Hirsjärvi ym. 1997: 187) Tässä kyselylomakkeessa vaihtoehdolla ”täysin samaa mieltä” on arvo 1, ”samaa mieltä/jokseenkin samaa mieltä” on arvo 2, ”ei samaa eikä eri mieltä” on arvo 3, ”eri mieltä/jokseenkin eri mieltä” on arvo 4 ja ”täysin eri mieltä” on arvo 5. Numeointi on tehty tulosten tilastollisen käsittelyn mahdollistamiseksi, ei vastausten arvottamiseksi. (Toivonen 2005: 22.) Kysymyksissä ”Miten tärkeäksi koet seuraavat asiat työssäsi?” ja ”Minkälainen on työyksikkösi ilmapiiri?” vastaa arvo 2 vaihtoehtoa ”jokseenkin samaa mieltä” ja arvo 4 vaihtoehtoa ”jokseenkin eri mieltä”. Muissa väittämissä nämä vastaavat ”samaa mieltä” ja ”eri mieltä” -vaihtoehtoja.

Jotta vastausten pohjalta voitiin kuvata ja selittää tutkittua asiaa, tilastoitiin tulokset SPSS for Windows 15 –analysointiohjelmaan. Aineisto myös muokattiin, käsiteltiin ja analysoitiin tätä ohjelmaa käyttäen. Vastaukset esitetään keskiarvon mukaan, jotta tuloksia olisi tarvittaessa mahdollista verrata alkukartoituksessa esitettyihin arvoihin, jotta kaikin aikoin on ilmoitettu keskiarvoina. Alkoholinkäyttöä ja tupakointia koskevat ky-

symykset on myös ristiintaulukoitu muutamien muiden väittämien sekä taustatietojen kanssa mahdollisen suhteen löytämiseksi. Tilastollisia merkittävyyksiä pyrittiin löytämään käyttäen khiin riippuvuustestiä. Pylväskuviot muodostettiin SPSS- ja Excel-ohjelmilla.

5.3 Tutkittavan joukon kuvaus

Tutkittavat ovat Pietarin synnytyslaitos nro 9 alueen synnytyssairaalan henkilökunnan jäseniä. Kyselyyn osallistui 101 työntekijää, jotka ovat ammatiltaan sairaanhoitajia tai kätilöitä. Vastauksista 2 hylättiin. Nuorin vastanneista oli 19-vuotias, vanhin 71-vuotias. Vastanneiden keski-ikä oli 40 vuotta. Keskimäärin vastanneet olivat valmistuneet vuonna 1986. Suurin osa vastanneista (33 %) kuului ikäryhmään 31–40 vuotta. 77 % vastasi saaneensa WHO:n imetysohjaajakoulutuksen.

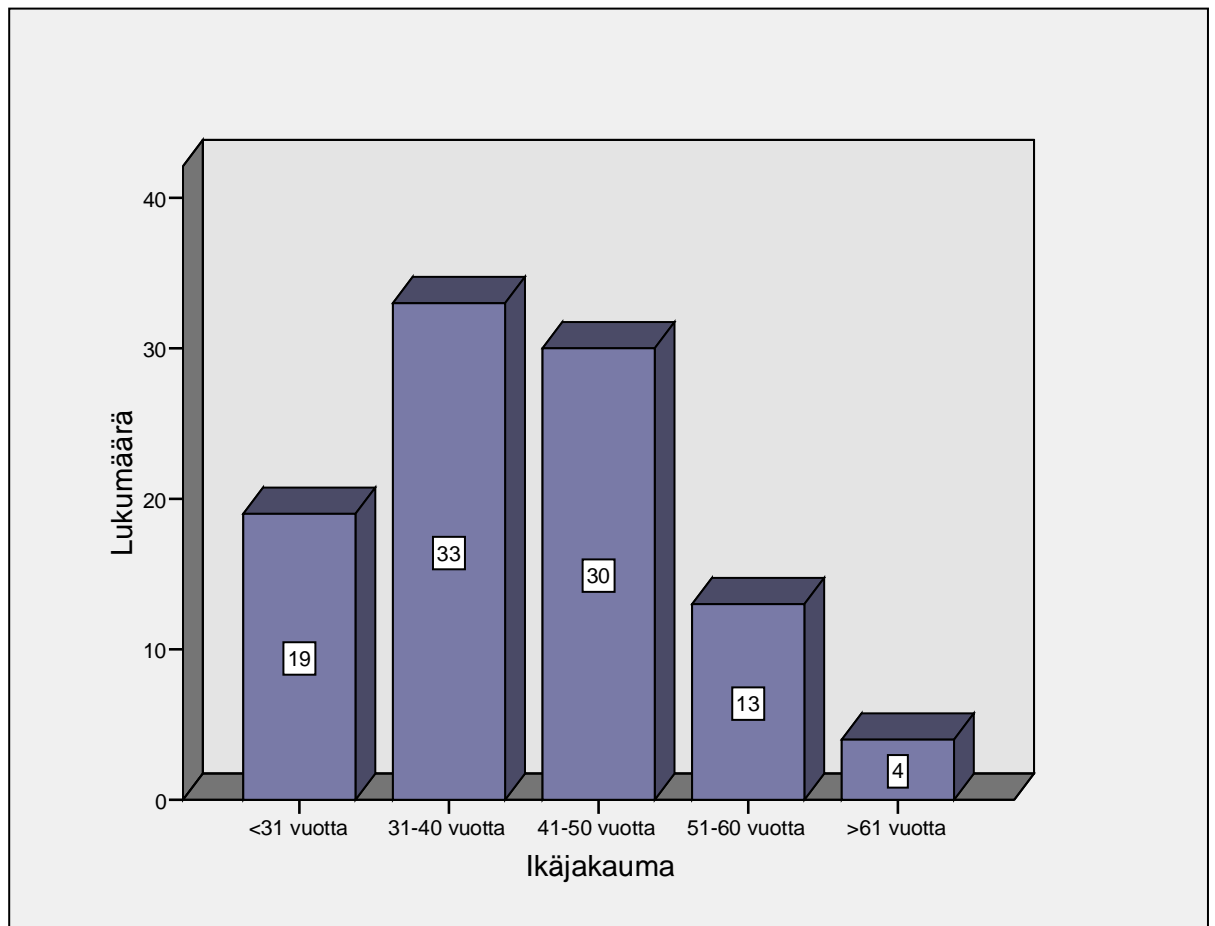
6 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET

Kyselylomakkeessa kysymykset on jaoteltu aihepiireittäin, joita esitetyt kuviot myös noudattavat. Taustatietoja koskevat kysymykset on esitetty pylväskuvioina jakaumien havaitsemiseksi. Mielipideväittämiä koskevissa kuvioissa on ilmoitettu vastausten keskiarvo, arvon 1 merkitessä vastausta ”Täysin samaa mieltä” ja arvon 5 merkitessä ”Täysin eri mieltä”. Vastausten tarkempia jakaumia on esitetty erityisesti alkoholinkäytöstä ja tupakoinnista keskustelemisen tärkeänä pitämistä esittävien väittämien kohdalla. Avoimen kysymyksen vastaukset on esitelty lopuksi. Liitteenä työssä on frekvenssitaulukko (liite 4), jossa esitetään kaikkien mielipideväittämien vastausten jakaumat.

6.1 Hoitohenkilökunnan taustatiedot

6.1.1 Henkilökunnan ikäjakauma

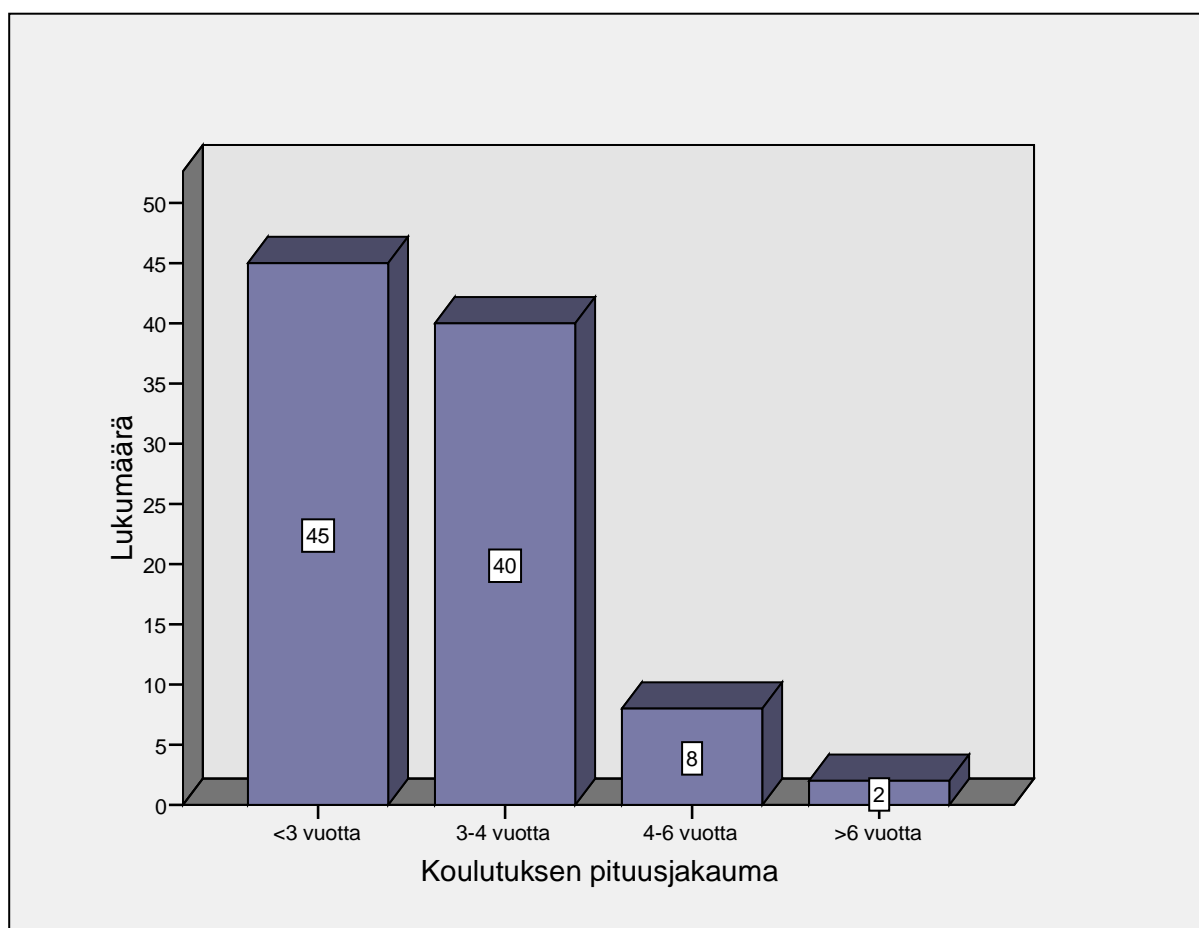
Henkilökunnasta ($n = 99$) hieman yli kolmasosa (33,3 %) kuului 31–40 -vuotiaiden ikäryhmään ja lähes saman verran (30,3 %) oli 41–50-vuotiaita. Enemmistö vastanneista (63 %) oli 31–50-vuotiaita. Alle 31-vuotiaita oli 19 (19 %) työntekijää ja neljä (4 %) työntekijää yli 61-vuotiaita. Nuorin vastanneista oli 19-vuotias ja vanhin 71-vuotias. Keski-ikä oli 40 vuotta. (Kuvio 1.)



KUVIO 1. Henkilökunnan ikärakenne ($n = 99$).

6.1.2 Henkilökunnan koulutuksen pituus

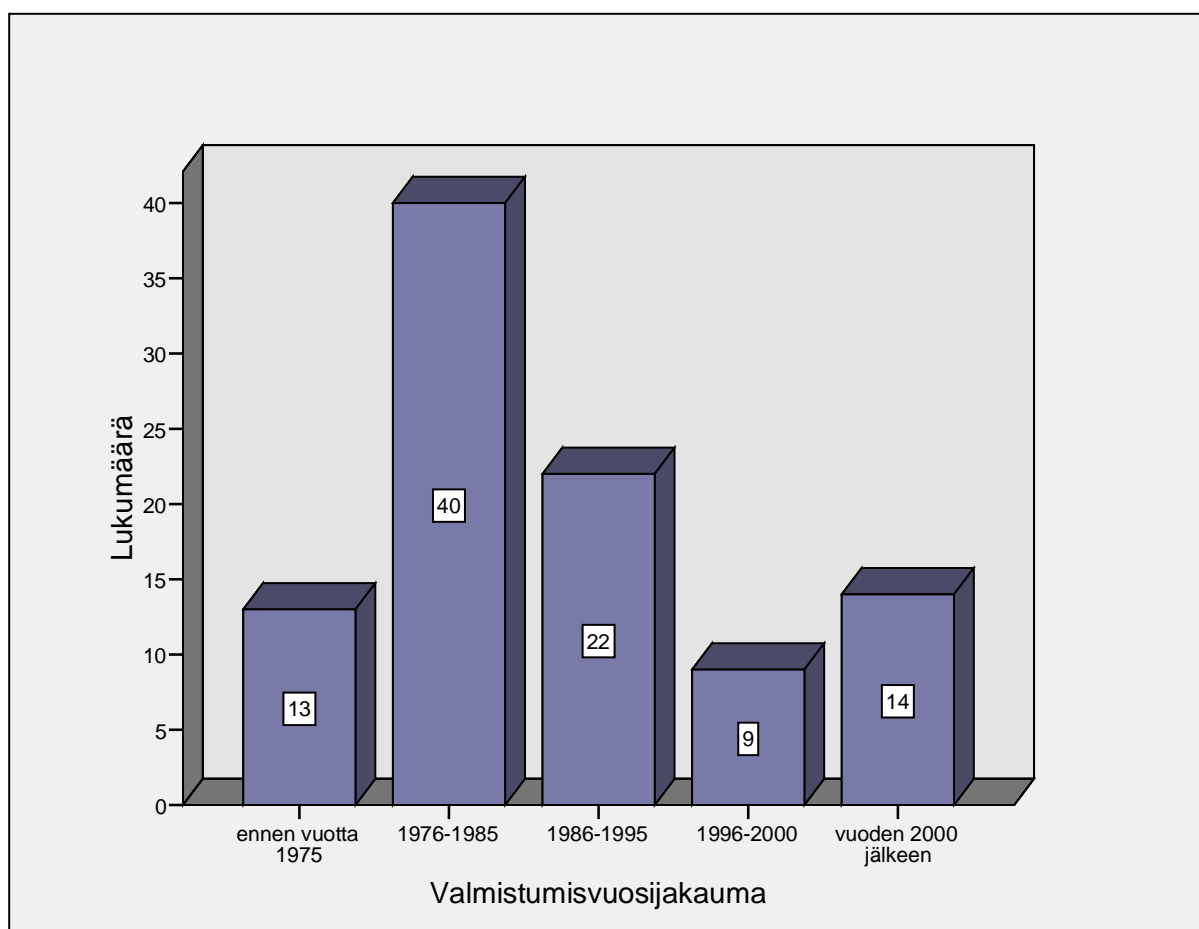
Keskiasteen ammatillisen tutkinnon oli suorittanut 91 (91 %) vastanneista ($n = 99$) ja kahdeksan (8 %) oli suorittanut lisäksi korkeakoulututkinnon tai oli parhaillaan suorittamassa sitä. Lähes puolet (47,4 %) koulutuksen pituutta koskevaan kysymykseen vastanneista ($n = 95$) oli opiskellut alle kolme vuotta. Lähes yhtä suuri osa (42,1 %) työntekijöistä oli suorittanut 3–4 vuoden mittaiset opinnot. Suurin ryhmä (89,5 %) muodostui siis heistä, jotka olivat opiskelleet korkeintaan neljä vuotta. Vastanneista kahdeksan (8,5 %) oli opiskellut 4–6 vuotta ja yli kuusi vuotta oli opiskellut kaksi (2 %) henkilöä. Pääasiassa opinnot olivat kestäneet 7,5 vuotta. (Kuvio 2.)



KUVIO 2. Henkilökunnan koulutuksen pituus ($n = 95$).

6.1.3 Vastanneiden valmistumisvuosi

Ennen vuotta 1975 oli valmistunut 13 (13,3 %) työntekijää. Hieman yli 40 % vastanneista ($n = 98$) oli valmistunut ammattiinsa vuosien 1976–1985 välillä. 1986–1995 välisenä aikana oli valmistunut 22 (22,4 %) vastaajaa. Vuosien 1996–2000 välillä oli valmistunut vähiten työntekijöitä (9,2 %). Vuoden 2000 jälkeen oli valmistunut 14 (14,3 %) työntekijää. (Kuvio 3.)

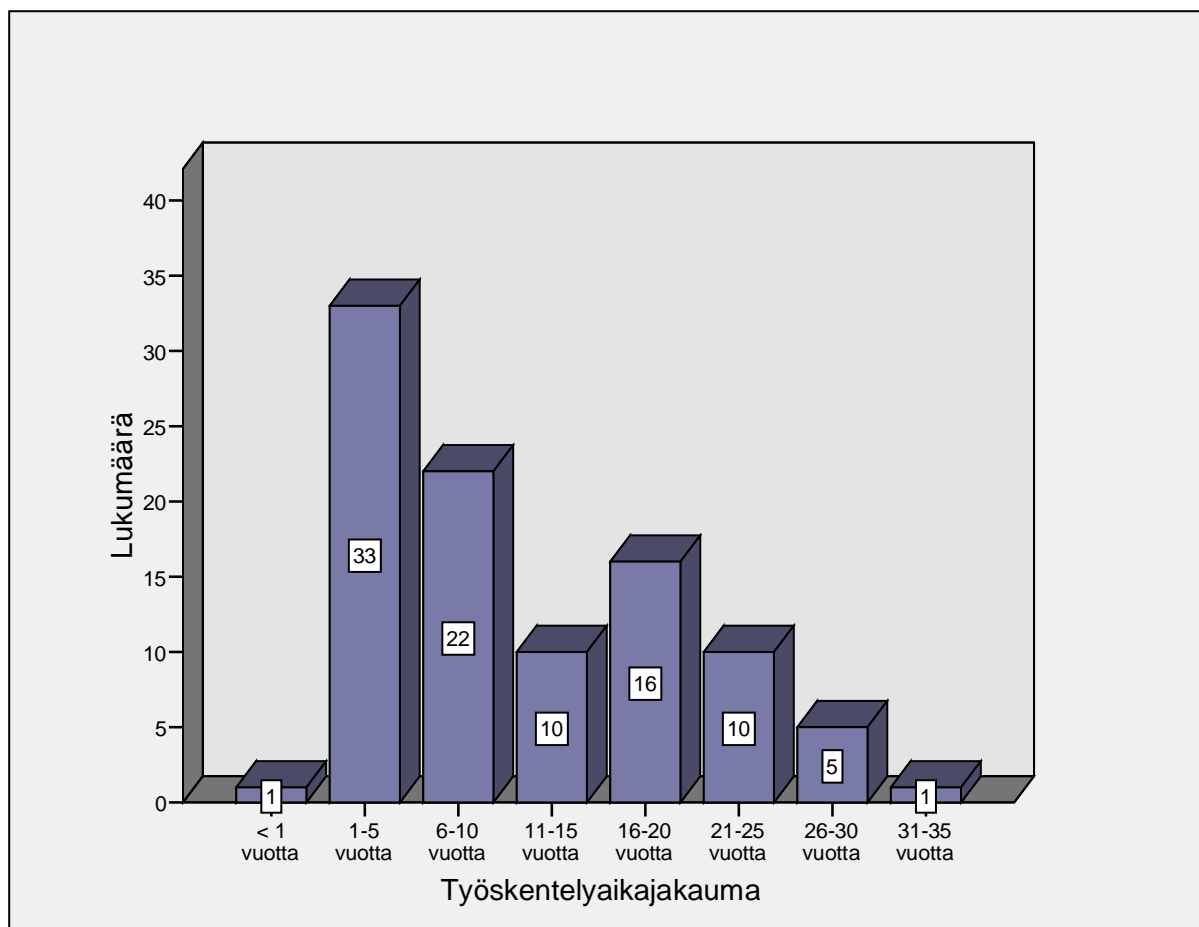


KUVIO 3. Vastanneiden valmistumisvuosi ($n = 98$).

6.1.4 Vastanneiden työskentelyaika osastolla

Selkeä enemmistö (33,7 %) vastanneista ($n = 98$) oli työskennellyt 1–5 vuotta osastolla. Osastolla oli työskennellyt viidesosa (22,4 %) 6–10 vuotta, ja he muodostavat toiseksi suurimman ryhmän jakaumia tarkasteltaessa. Vastaajista kymmenen (10,2 %) oli työskennellyt 11–15 vuotta, 16–20 vuotta 16 (16,3 %) vastaajaa ja 21–25 vuotta kymmenen

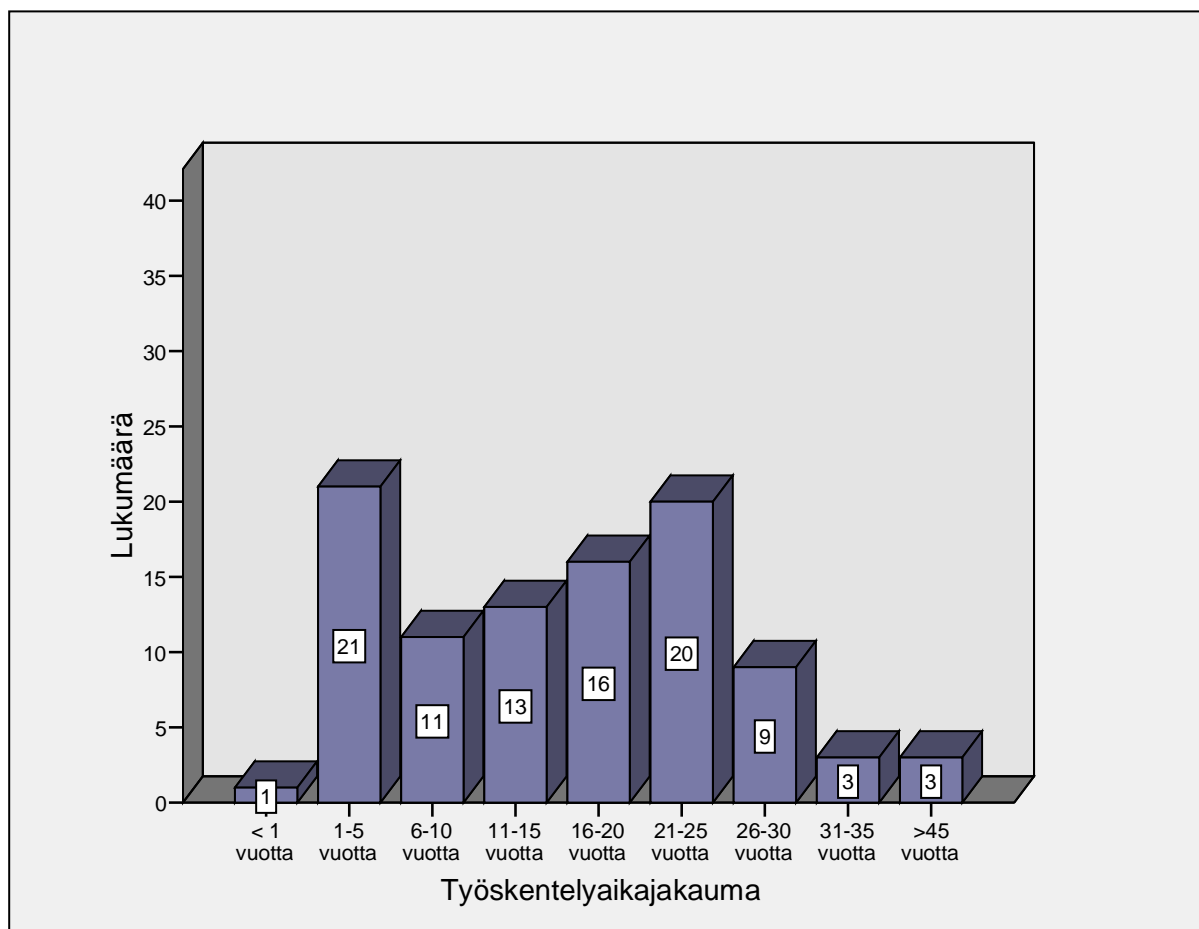
(10,2 %) vastaajaa. Osastolla oli työskennellyt viisi (5,1 %) työntekijää 26–30 vuotta. Vähiten vastanneita kuului alle 1 vuotta (1 %) ja yli 31 vuotta (1 %) osastolla työskennelleisiin. (Kuvio 4.)



KUVIO 4. Vastanneiden työskentelyaika osastolla (n = 98).

6.1.5 Vastanneiden työskentelyaika äitiyshuollossa

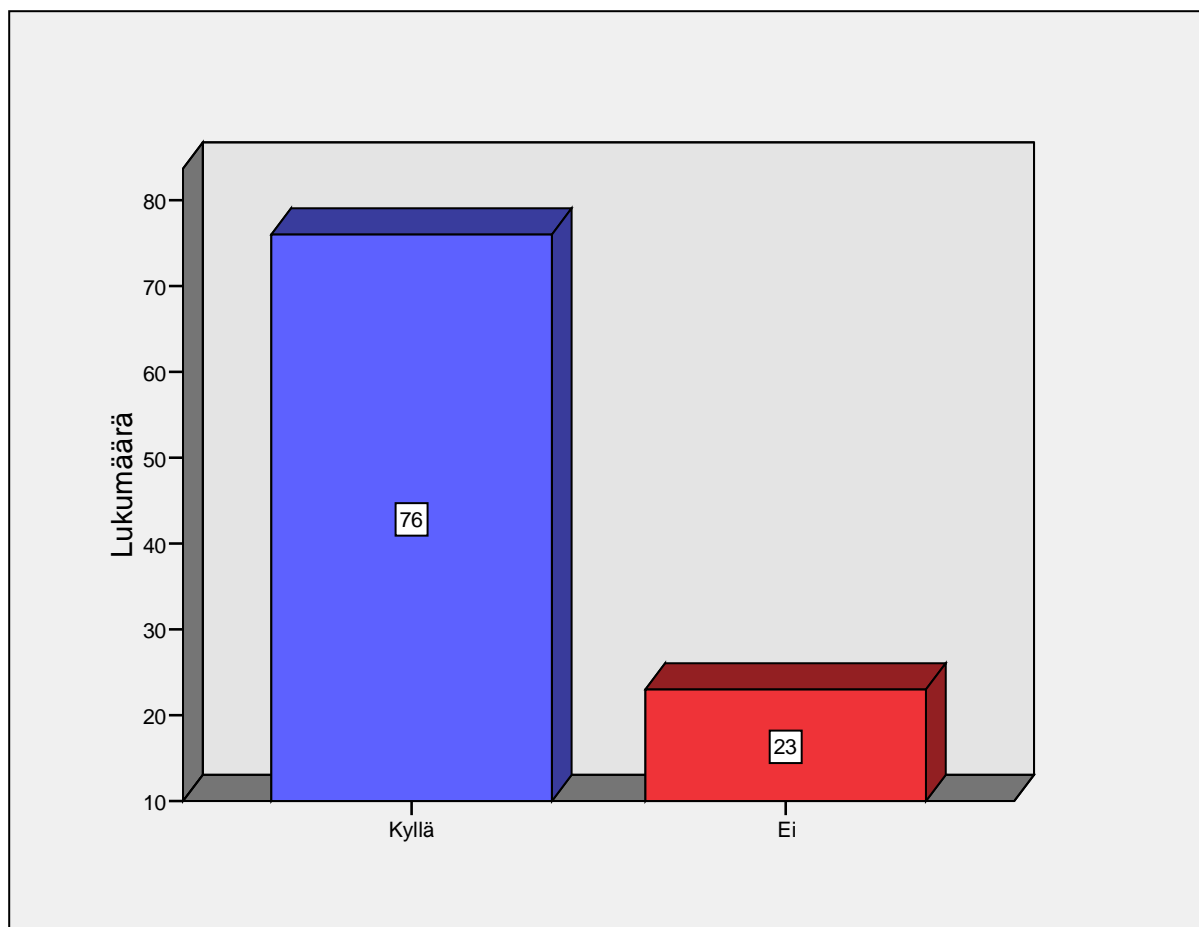
Runsas viidesosa (21,6 %) vastanneista (n = 97) oli työskennellyt äitiyshuollossa 1–5 vuotta. Lähes saman verran (20,6 %) oli työskennellyt äitiyshuollossa 21–25 vuotta. Äitiyshuollossa 6–10 vuotta työskennelleitä oli 11 (11,2 %), 11–15 vuotta työskennelleitä 13 (13,3 %) ja 16–20 vuotta työskennelleitä 16 (16,3 %) vastaajaa. Äitiyshuollossa 26–30 vuotta työskennelleitä oli yhdeksän (9,2 %) vastaajaa ja kolme (3 %) vastaajaa 31–35 vuotta. Pisimpään työskennelleet kolme (3 %) vastaajaa olivat olleet yli 45 vuotta äitiyshuollon ammattilaisia. Alle vuoden äitiyshuollossa oli työskennellyt yksi (1 %) vastaaja. (Kuvio 5.)



KUVIO 5. Vastanneiden työskentelyaika äitiyshuollossa (n = 97).

6.1.6 Vastanneiden imetysohjaajakoulutus

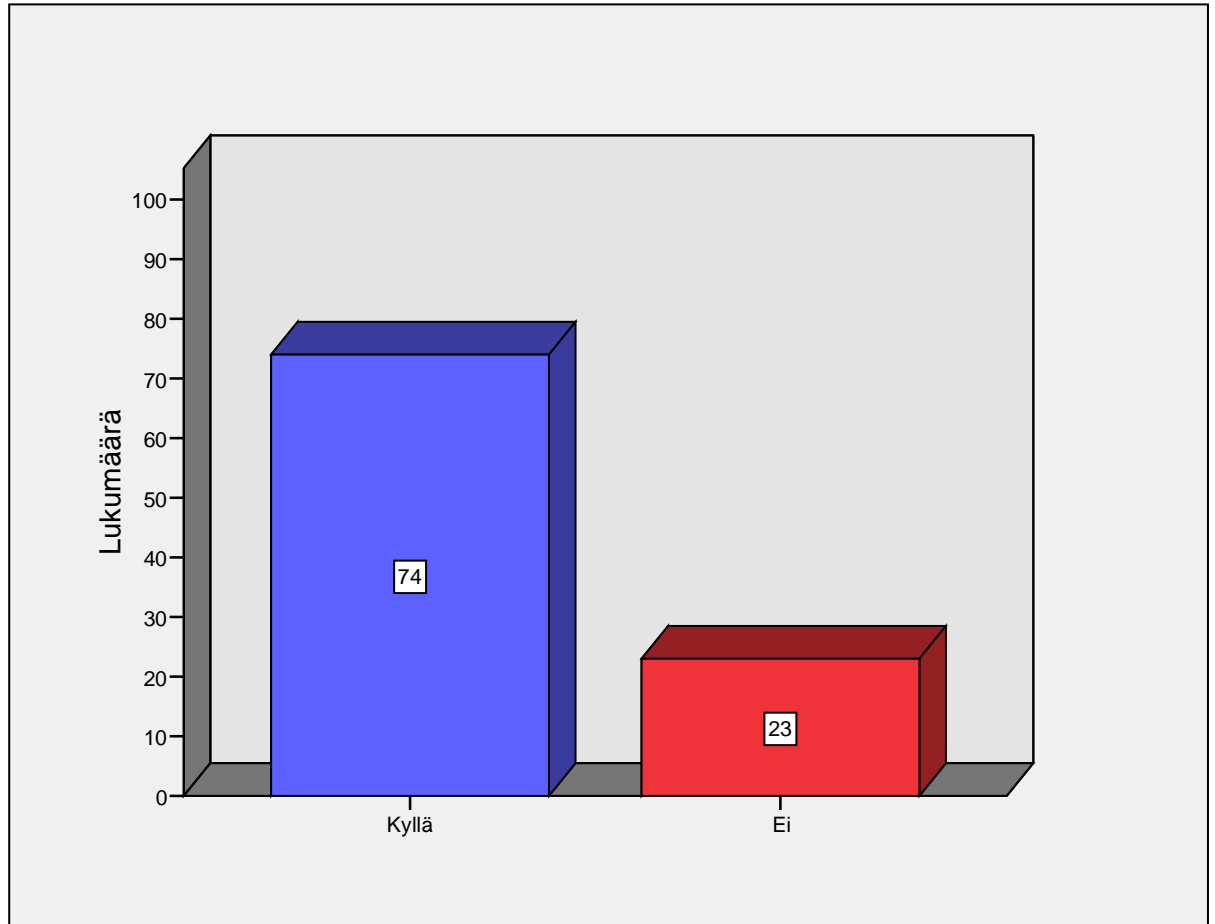
Imetysohjaajakoulutuksen oli vastanneista (n = 99) saanut 76 (76,8 %) hoitohenkilökunnan työntekijää. Vastanneista 23 (23,2 %) ei ollut saanut imetysohjaajakoulutusta (kuvio 6). Kysymyksessä tarkoitetaan WHO:n vähintään 18 tunnin mittaista imetysohjaajakoulutusta (Toivonen 2005: 36). Tarkasteltaessa imetysohjaajakoulutuksen pituutta koskevia vastauksia (n = 99), voidaan kuitenkin huomata, että vain 67 (67,6 %) työntekijää oli niiden mukaan saanut enemmän kuin 18 tuntia imetysohjaajakoulutusta. Imetysohjaajakoulutuksen pituutta koskevaan kysymykseen 30,3 % jätti vastaamatta. Tästä johtuen tulokset kaikkia imetysohjausta koskevien kysymysten välillä ovat ristiriidassa keskenään. (Kuviot 6 – 8.)



KUVIO 6. Vastanneiden imetysohjaajakoulutus (n = 99).

6.1.7 Työpaikalla saatu imetysohjaajakoulutus

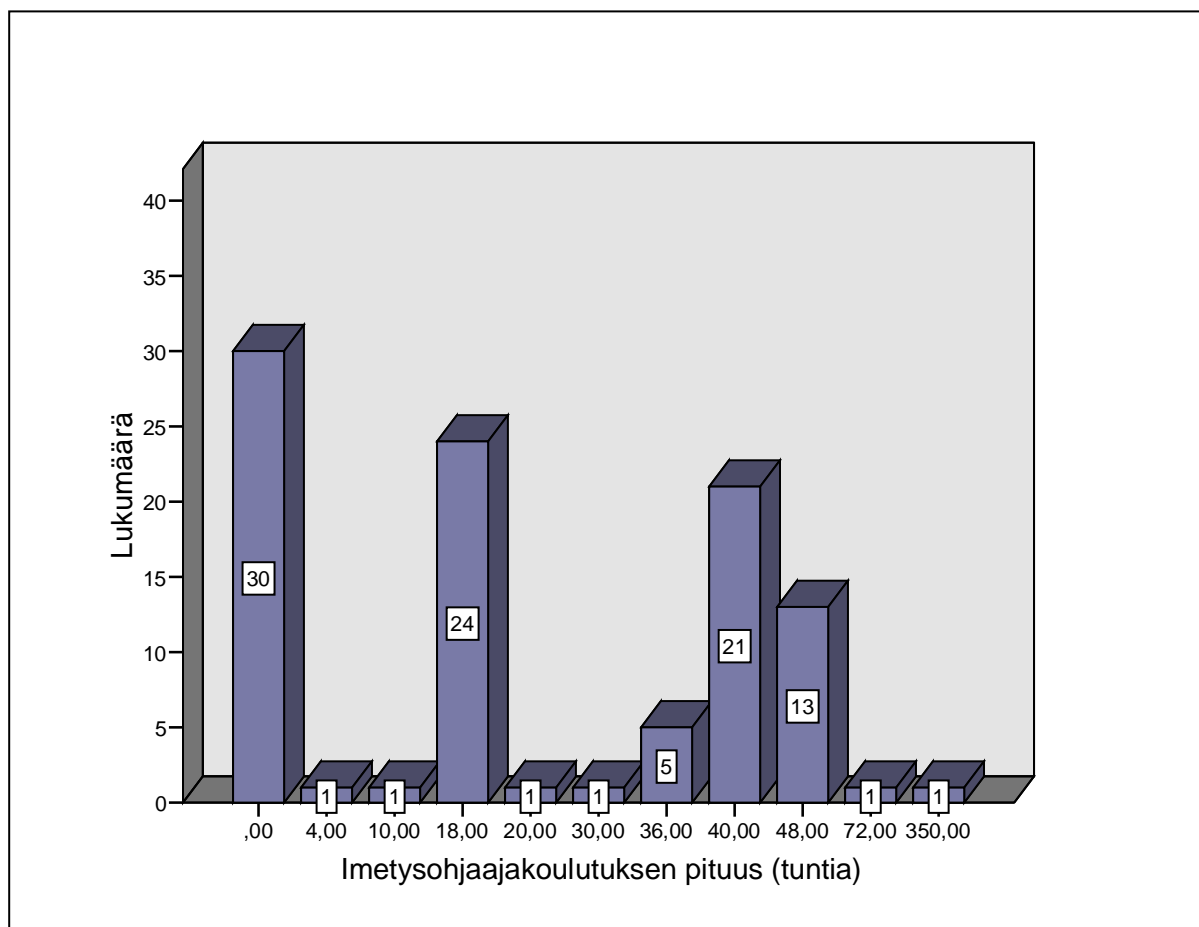
Työpaikalla imetysohjaajakoulutusta oli vastanneista (n = 97) saanut 74 (74,7 %) työntekijää. Minkäänlaista imetykseen liittyvää koulutusta ei näin ollen ollut saanut 23 (23,2 %) työntekijää. Kysymykseen ei vastannut kaksi työntekijää. (Kuvio 7.)



KUVIO 7. Työpaikalla saatu imetysohjauskoulutus (n = 97).

6.1.8 Imetysohjaajakoulutuksen pituus

Kysymykseen vastanneista (n = 99) 30 työntekijää (30,3 %) ei maininnut saamansa imetysohjaajakoulutuksen pituutta tai ei ollut sellaista saanut. Keskimääräinen saadun imetysohjaajakoulutuksen pituus oli 25,9 tuntia. Vähäisimmän määrän, neljä tuntia, koulutusta oli saanut yksi (1 %) vastanneista ja suurimman määrän, 350 tuntia, oli saanut niin ikään yksi (1 %) vastanneista. Selkeästi suurin joukko (45,4 %) oli saanut 18 tai 40 tunnin koulutuksen. Työntekijöistä 13 (13,1 %) oli saanut 48 tuntia koulutusta. Loput (9,1 %) olivat saaneet hajanaisen tuntimäärän imetysohjaajakoulusta kymmenen ja 72 tunnin välillä. (Kuvio 8.)

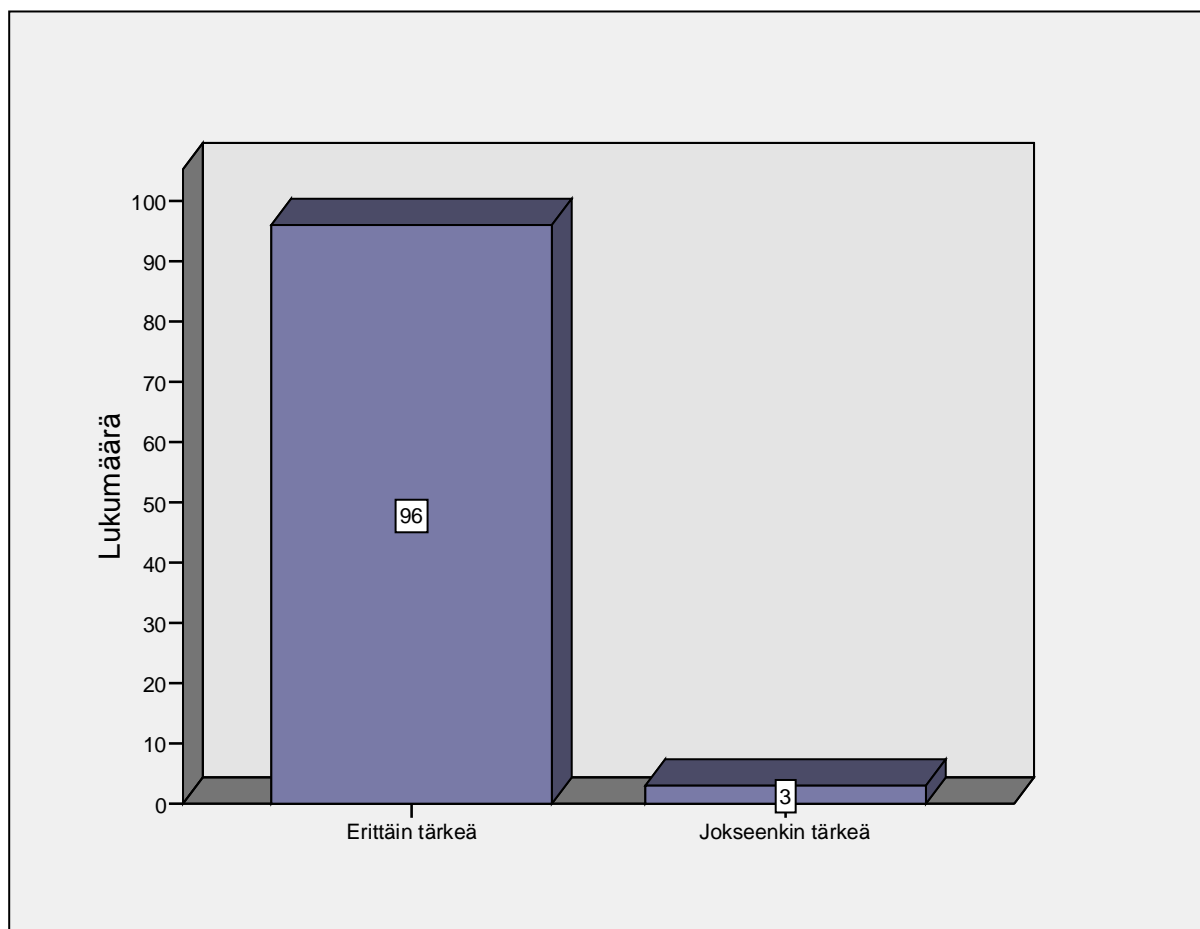


KUVIO 8. Imetysohjaajakoulutuksen pituus (n = 99).

6.2 Ohjauksen eri osa-alueiden tärkeys raskaus-, synnytys- ja lapsivuodeaikana

6.2.1 Äitien ohjauksen ja tukemisen tärkeys sairaalassa

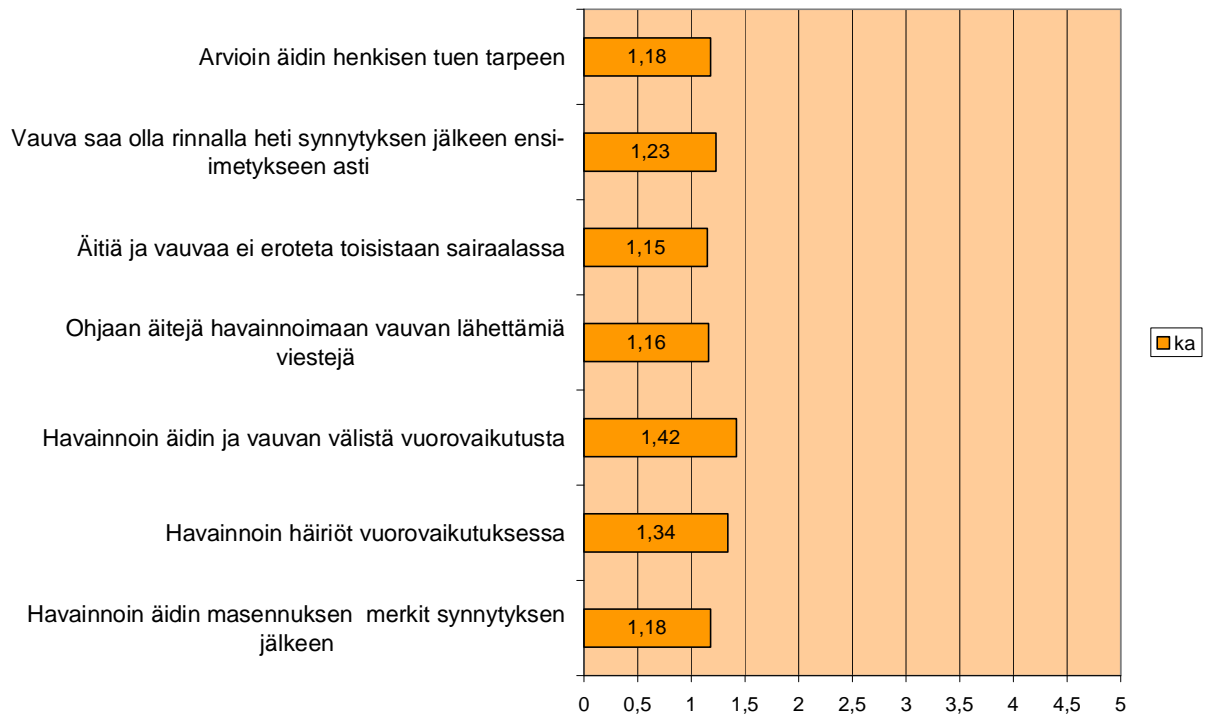
Ensimmäisessä mielipideväittämässä kysyttiin henkilökunnan mielipidettä äitien ohjauksen ja tukemisen tärkeydestä sairaalassa oloaikana. Suurin osa (97 %) koki ohjauksen ja tukemisen erittäin tärkeäksi asiaksi ja vain kolme vastanneista (3 %) piti asiaa jokoseenkin tärkeänä. Kukaan vastanneista ei esittänyt päinvastaisia mielipiteitä. Kaikki kyselyyn osallistuneet (n = 99) vastasivat tähän väitteeseen. (Kuvio 9.)



KUVIO 9. Kuinka tärkeä asia henkilökunnan mielestä on äitien ohjaus ja tukeminen sairaalassa (n = 99).

6.2.2 Työssä tärkeäksi koettavat asiat

Kuviossa 10 esitellään keskiarvot kysymyssarjasta, joka sisältää mielipideväittämiä koskien työssä tärkeäksi koettuja asioita. Kaikkien väittämien kohdalla vastanneet (n = 97–99) ovat olleet täysin samaa mieltä tai jokseenkin samaa mieltä väittämän kanssa eli he ovat pitäneet erittäin tärkeänä tai jokseenkin tärkeänä väittämien esittämiä asioita. Keskiarvo vaihtelee 1.15 ja 1.42 välillä. (Kuvio 10.)



KUVIO 10. Hoitoon liittyvien asioiden tärkeänä kokeminen (n = 97–99).

(Asteikko: 1 = Täysin samaa mieltä, 2 = Jokseenkin samaa mieltä, 3 = En samaa enkä eri mieltä, 4 = Jokseenkin eri mieltä, 5 = Täysin eri mieltä)

6.2.3 Työyksikön ilmapiiri

Työyksikön ilmapiiri koettiin suurimmaksi osaksi myönteiseksi ja kielteisten väittämien kanssa oltiin usein eri mieltä. Kannustavaksi ja tukevaksi ilmapiiriin ilmoitti vastanneista (n = 92) 68 (73,9 %). Jokseenkin samaa mieltä oli 19 (20,7 %) vastaajaa. Yhteensä kaksi (2 %) vastaajaa oli jokseenkin tai täysin eri mieltä ja kolme (3,3 %) ei osannut ottaa kantaa. (Kuvio 11.)

Epäluuloiseksi tai epäileväksi ilmapiiriin vastanneista (n = 88) mielsi kuusi (6,8 %) työntekijää. Jokseenkin samaa mieltä oli kaksi (2,3 %) vastaajaa. Jokseenkin tai täysin eri mieltä oli puolestaan suurin osa vastaajista (84,1 %). Kantaa ei ottanut kuusi (6,8 %) vastaajaa. (Kuvio 11.)

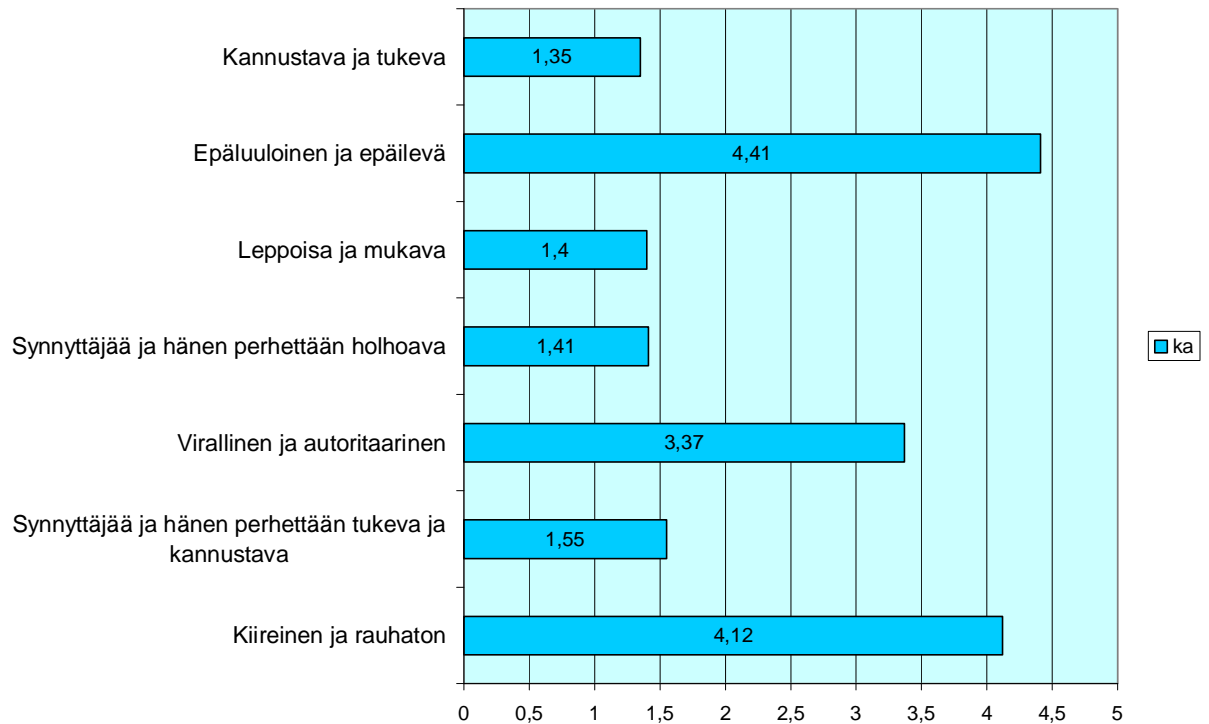
Ilmapiiriin leppoisuudesta ja mukavuudesta täysin tai jokseenkin samaa mieltä oli 92,6 % vastanneista (n = 95). Jokseenkin tai täysin eri mieltä oli kaksi (2,2 %) vastaajaa ja viisi (5,3 %) vastaajaa ei ollut samaa eikä eri mieltä. (Kuvio 11.)

Ilmapiiri oli virallinen ja autoritaarinen 20 (21,5 %) vastaajan mielestä ja jokseenkin samaa mieltä oli seitsemän (7,5 %) vastaajaa. Täysin tai jokseenkin eri mieltä oli 50 vastaajaa (52,7 %). Ei samaa eikä eri mieltä oli 18 (18,3 %) vastaajaa.

Ilmapiiri oli synnyttäjää ja hänen perhettään holhoava 67 (72,0 %) vastaajan mielestä ja jokseenkin samaa mieltä oli 18 vastaajaa (19,4 %). Jokseenkin eri mieltä ei ollut kukaan. Vain kaksi vastaajaa (2,2 %) oli täysin eri mieltä. Ei samaa eikä eri mieltä oli kuusi (6,5 %) vastaajista. Kaikkiaan kysymykseen vastasi 93 työntekijää. (Kuvio 11.)

Täysin tai jokseenkin samaa mieltä siitä, että ilmapiiri on synnyttäjää ja hänen perhettään tukeva ja kannustava, oli 82 (89,1 %) vastaajaa. Jokseenkin tai täysin eri mieltä oli kaksi (2,2 %) vastaajaa. Kantaa ei ottanut kahdeksan (8,7 %) vastaajaa. Yhteensä kysymykseen vastasi 92 työntekijää. (Kuvio 11.)

Täysin tai jokseenkin samaa mieltä siitä, että ilmapiiri on kiireinen ja rauhaton, oli 14 (15,4 %) vastanneista ($n = 91$). Täysin eri mieltä oli 51 (56,0 %) vastaajaa ja jokseenkin eri mieltä puolestaan oli 21 (23,1 %) vastaajaa. Ei samaa eikä eri mieltä oli 5 (5,5 %) vastaajaa.



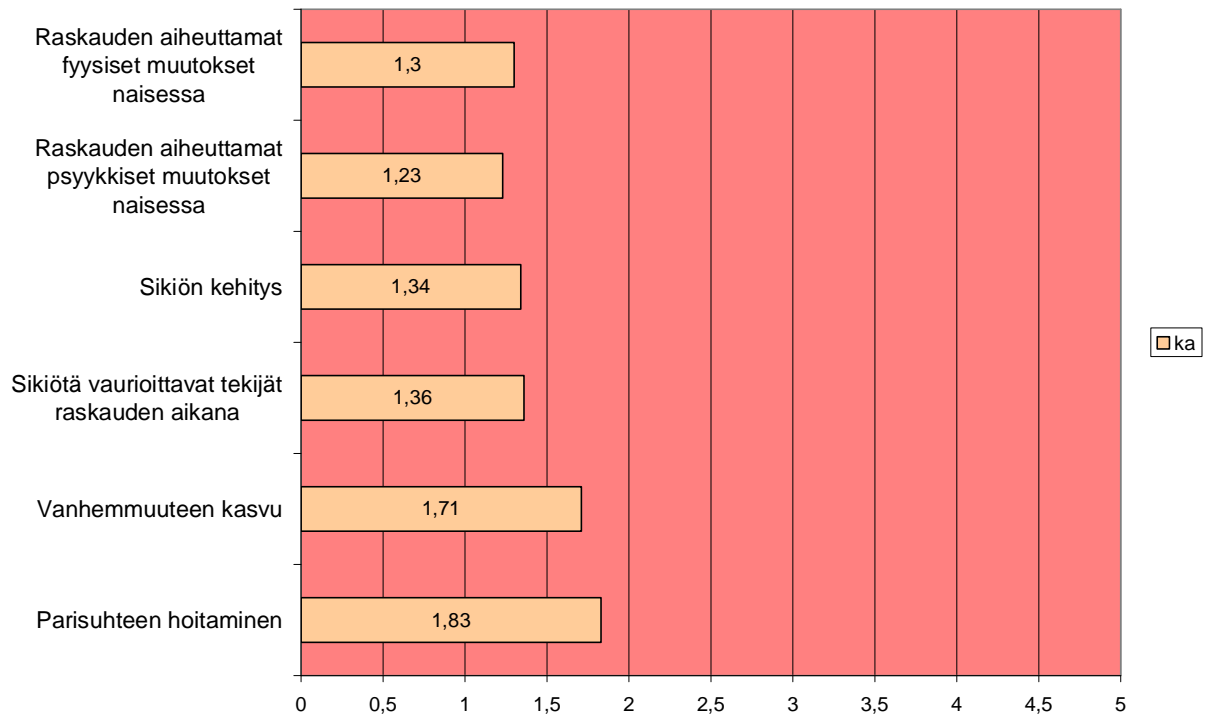
KUVIO 11. Työyksikön ilmapiiri (n = 88–95).

(Asteikko: 1 = Täysin samaa mieltä, 2 = Jokseenkin samaa mieltä, 3 = En samaa enkä eri mieltä, 4 = Jokseenkin eri mieltä, 5 = Täysin eri mieltä)

6.2.4 Raskauteen liittyvistä asioista keskustelemisen tärkeys

Seuraava väittämäsarja koski raskauteen liittyvien asioiden keskustelun tärkeyttä. Yleisesti ottaen henkilökunta koki tärkeänä lähes joka osa-alueen. Kuitenkin jokaisen väittämän kohdalla vähintään yksi vastaaja oli myös täysin eri mieltä. Keskiarvojakaumaksi muodostui 1.23–1.83. (Kuvio 12.)

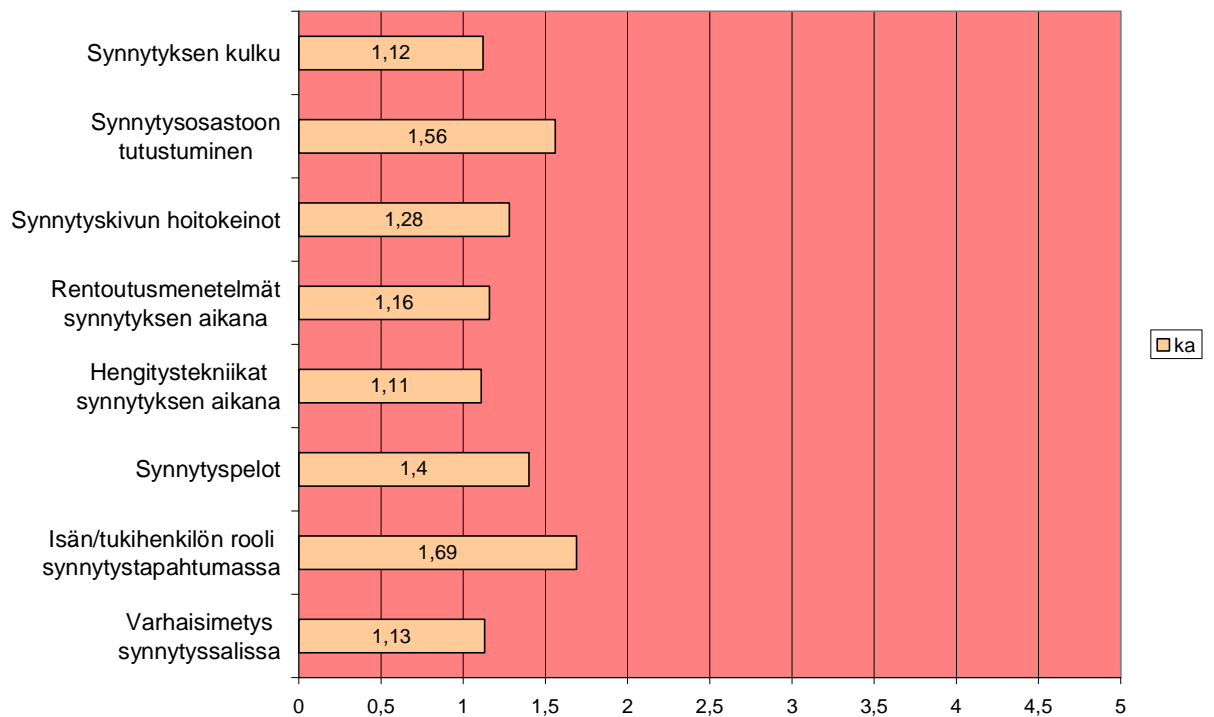
Vähiten tärkeänä keskustelua pidettiin vanhemmuuteen kasvua ja parisuhteen hoitamisesta koskevien väittämien kohdalla. Näistä ensimmäiseen vastasi (n = 98) olevansa eri mieltä tai täysin eri mieltä seitsemän (7,2 %) työntekijää. Jälkimmäisen kohdalla eri mieltä tai täysin eri mieltä oli kymmenen (10,2 %) vastaajaa. (Kuvio 12.)



KUVIO 12. Raskauteen liittyvistä asioista keskustelemisen tärkeys (n = 98–99).
(Asteikko: 1 = Täysin samaa mieltä, 2 = Samaa mieltä, 3 = Ei samaa eikä eri mieltä, 4 = Eri mieltä, 5 = Täysin eri mieltä)

6.2.5 Synnytykseen liittyvistä asioista keskustelemisen tärkeys

Vastaukset synnytykseen liittyvien asioiden keskustelun tärkeydestä muistuttavat tuloksiltaan raskautta koskevan kysymyssarjan vastauksia. Myös tämän kategorian osalta suurimmaksi osaksi vastanneet (n = 96–99) ovat olleet täysin samaa tai samaa mieltä muutamia poikkeuksia lukuun ottamatta. Keskiarvot vaihtelevat 1.11 ja 1.69 välillä. Eniten vaihtelua mielipiteissä löytyi sen suhteen, pitääkö tärkeänä keskustella isän/tukihenkilön roolista synnytystapahtumassa ja synnytysosastoon tutustumisesta. Ensimmäisen väittämän kohdalla kuusi henkilöä (6,3 %) oli eri mieltä tai täysin eri mieltä ja toisen viisi henkilöä (5 %). Isän/tukihenkilön roolia koskevassa kysymyksessä 14 (14,7 %) henkilöä ei ottanut kantaa. Synnytysosastoon tutustumisesta koskevassa kysymyksessä 10 (10,1 %) ei ollut samaa eikä eri mieltä. (Kuvio 13.)

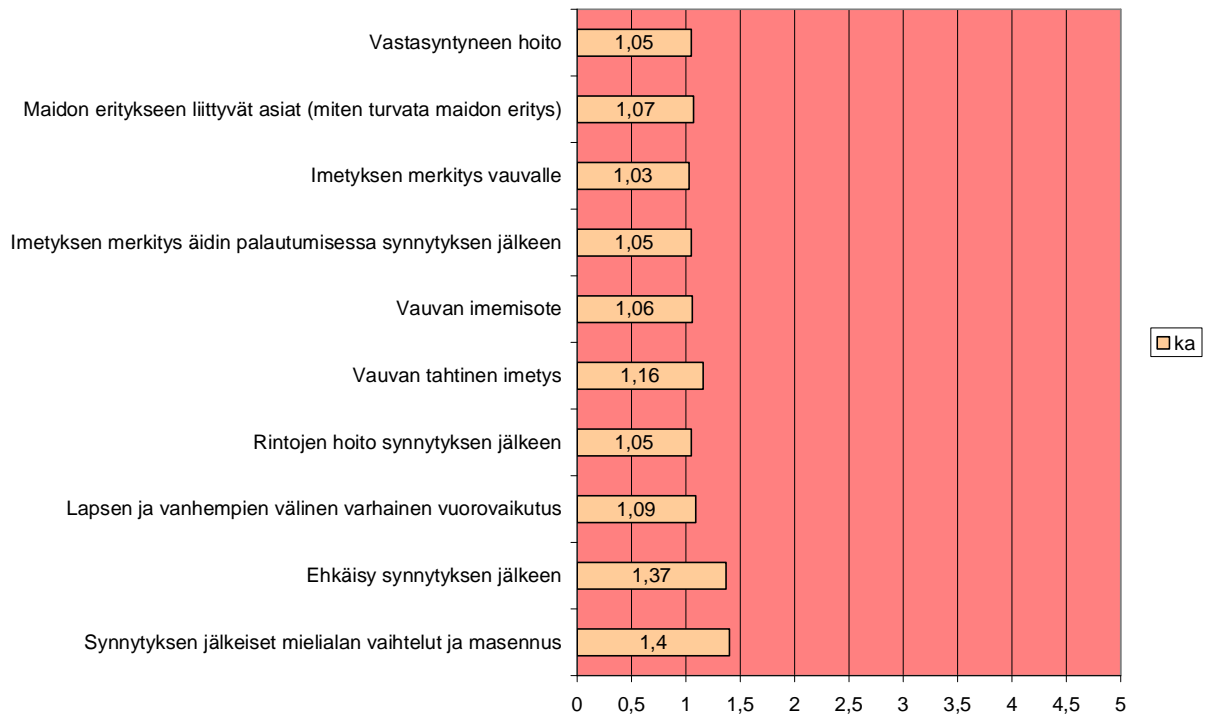


KUVIO 13. Synnytykseen liittyvistä asioista keskustelemisen tärkeys (n = 96–99).

(Asteikko: 1 = Täysin samaa mieltä, 2 = Samaa mieltä, 3 = Ei samaa eikä eri mieltä, 4 = Eri mieltä, 5 = Täysin eri mieltä)

6.2.6 Lapsivuodeaikaan liittyvistä asioista keskustelemisen tärkeys

Lapsivuodeaikaan liittyvät kysymykset koskevat lähinnä vastasyntyneen hoitoon ja ime-tykseen liittyviä asioita, mutta myös vuorovaikutuksesta, ehkäisystä ja synnytyksen jäl-keisistä mielialan vaihteluista keskustelua tiedustellaan. Keskustelun tärkeydestä vas-tasyntyneen hoidon, maidon erityykseen ja imetykseen liittyvien asioiden sekä lapsen ja vanhempien välisen varhaisen vuorovaikutuksen kohdalla kaikki vastanneet (n = 98–99) olivat joko täysin samaa tai samaa mieltä. Synnytyksen jälkeisen ehkäisyn keskuste-le-misen tärkeydestä eri mieltä tai täysin eri mieltä oli neljä (4 %) vastaajaa ja kuusi (6,1 %) ei ollut samaa eikä eri mieltä. Synnytyksen jälkeiset mielialan vaihtelut ja ma-sennus eivät olleet tärkeitä keskustelun aiheita viiden (5 %) vastaajan mielestä. Neljä (4 %) ei ollut samaa eikä eri mieltä. (Kuvio 14.)



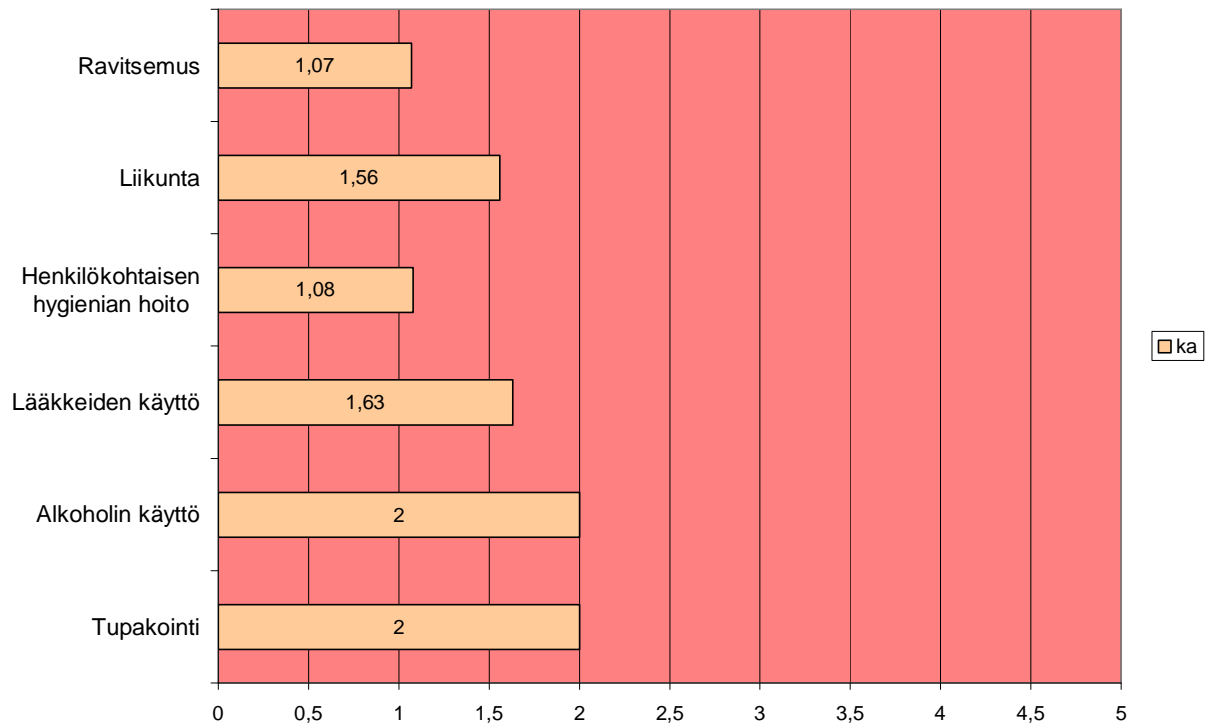
KUVIO 14. Lapsivuodeaikaan liittyvistä asioista keskustelemisen tärkeys (n = 98–99).
(Asteikko: 1 = Täysin samaa mieltä, 2 = Samaa mieltä, 3 = Ei samaa eikä eri mieltä, 4 = Eri mieltä, 5 = Täysin eri mieltä)

6.2.7 Raskaus- ja lapsivuodeaikaisista terveystottumuksista keskustelemisen tärkeys

Ravitsemus ja henkilökohtaisen hygienian hoito olivat osa-alueita, joita pidettiin tärkeinä keskustelun aiheina. Liikunnasta (ka 1.56) ja lääkkeiden käytöstä (ka 1.63) keskustelusta ei pidetty aivan yhtä tärkeänä. Tupakoinnin ja alkoholinkäytön kohdalla viidesosan (22,7 %) mielipiteet kääntyivät täysin päinvastaiseen suuntaan (ka 2.0). Niistä keskustelua ei pidetty osin lainkaan tärkeänä. (Kuviot 15–17.)

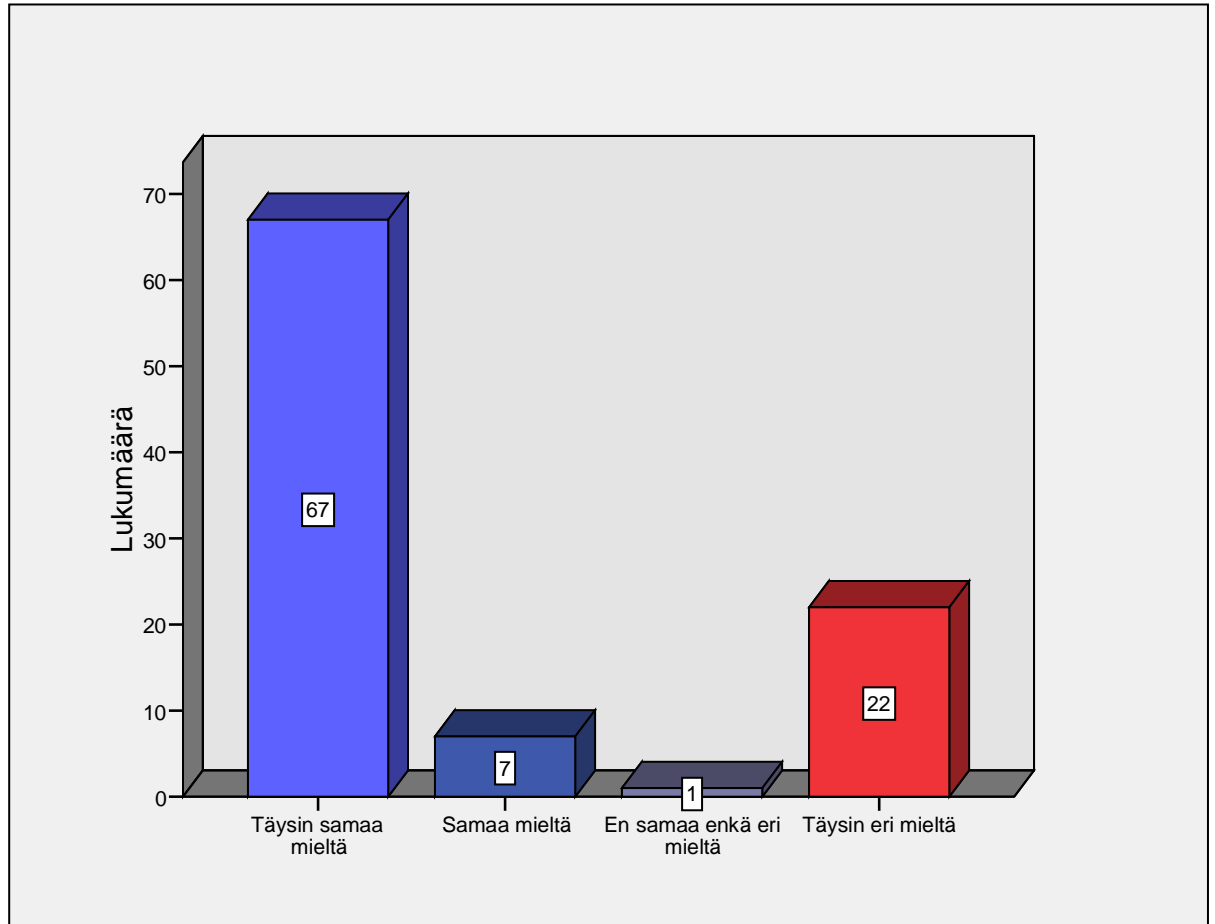
Ravitsemusta koskevassa kysymyksessä kaikki vastanneet (n = 99) olivat joko samaa mieltä tai täysin samaa mieltä väittämän kanssa eli ravitsemus nähtiin hyvin tärkeänä keskustelun aiheena. Liikunta jakoi mielipiteitä niin, että vain viisi (5,1 %) vastaajaa ei nähnyt tätä aihepiiriä tärkeänä, muiden ollessa täysin samaa tai samaa mieltä väittämän kanssa. Vastaajista 11 (11,2 %) ei ollut samaa eikä eri mieltä. Henkilökohtaisen hygienian näkivät kaikki vastanneet (n = 99) tärkeänä tai jokseenkin tärkeänä. Lääkkeiden käytön suhteen kymmenen (10,4 %) vastaajista (n = 97) oli eri mieltä tai täysin eri mieltä väittämän kanssa. (Kuvio 15.)

Alkoholinkäytöstä keskustelemista piti tärkeänä 74 (76,3 %) vastaajaa (n = 97). Täysin eri mieltä oli 22 (22,7 %) vastaajaa. Ei samaa eikä eri mieltä oli yksi (1 %) vastaaja. Kukaan ei ollut eri mieltä. Tupakoinnista keskustelemista koskeva kysymys sai täysin samanlaiset vastaukset. Vastausten keskiarvoksi muodostui 2.0 molemmissa kysymyksissä. (Kuviot 15–17.)



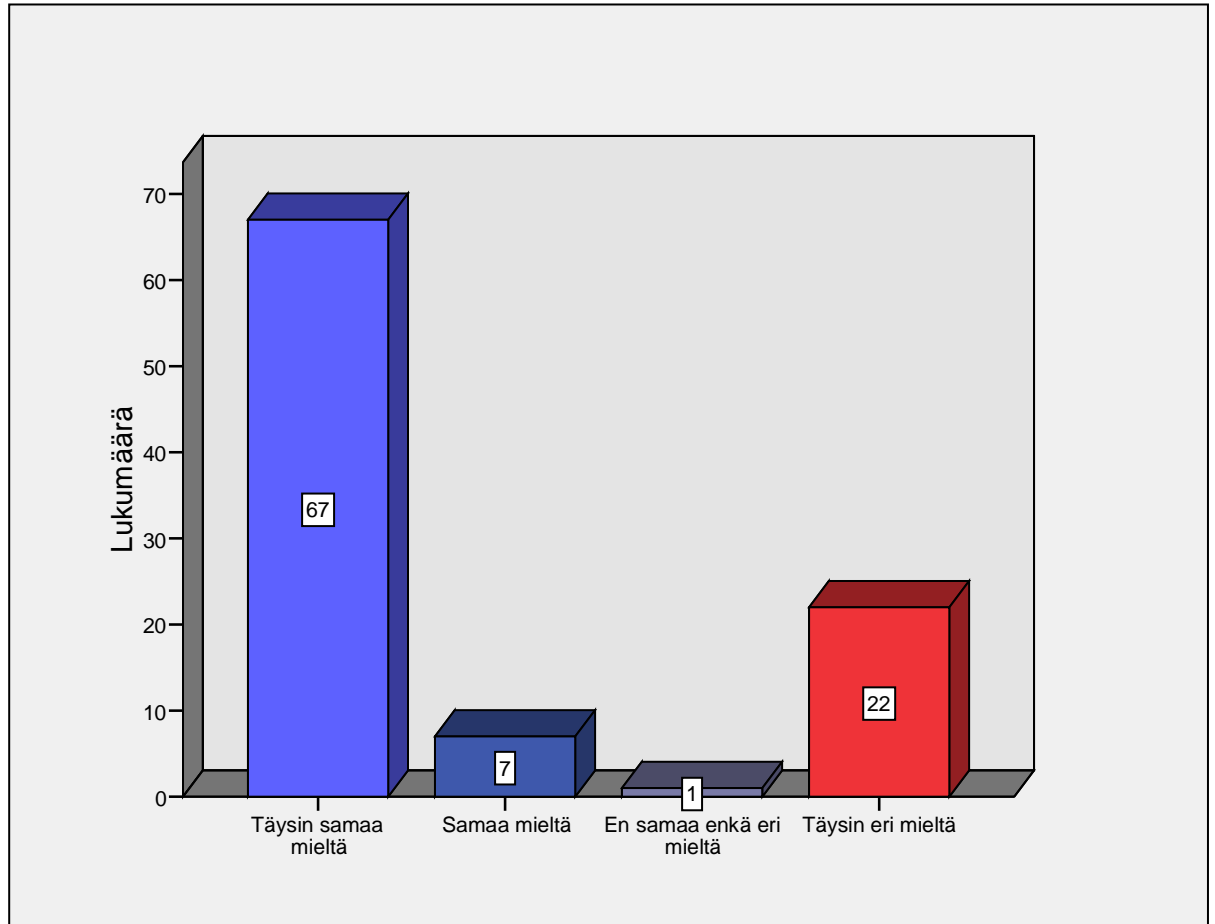
KUVIO 15. Raskaus- ja lapsivuodeaikaisista terveystottumuksista keskustelemisen tärkeys (n = 97–99).

(Asteikko: 1 = Täysin samaa mieltä, 2 = Samaa mieltä, 3 = Ei samaa eikä eri mieltä, 4 = Eri mieltä, 5 = Täysin eri mieltä)



KUVIO 16. Alkoholista keskustelemisen tärkeys (n = 97).

(Asteikko: 1 = Täysin samaa mieltä, 2 = Samaa mieltä, 3 = En samaa enkä eri mieltä, 4 = Eri mieltä, 5 = Täysin eri mieltä)

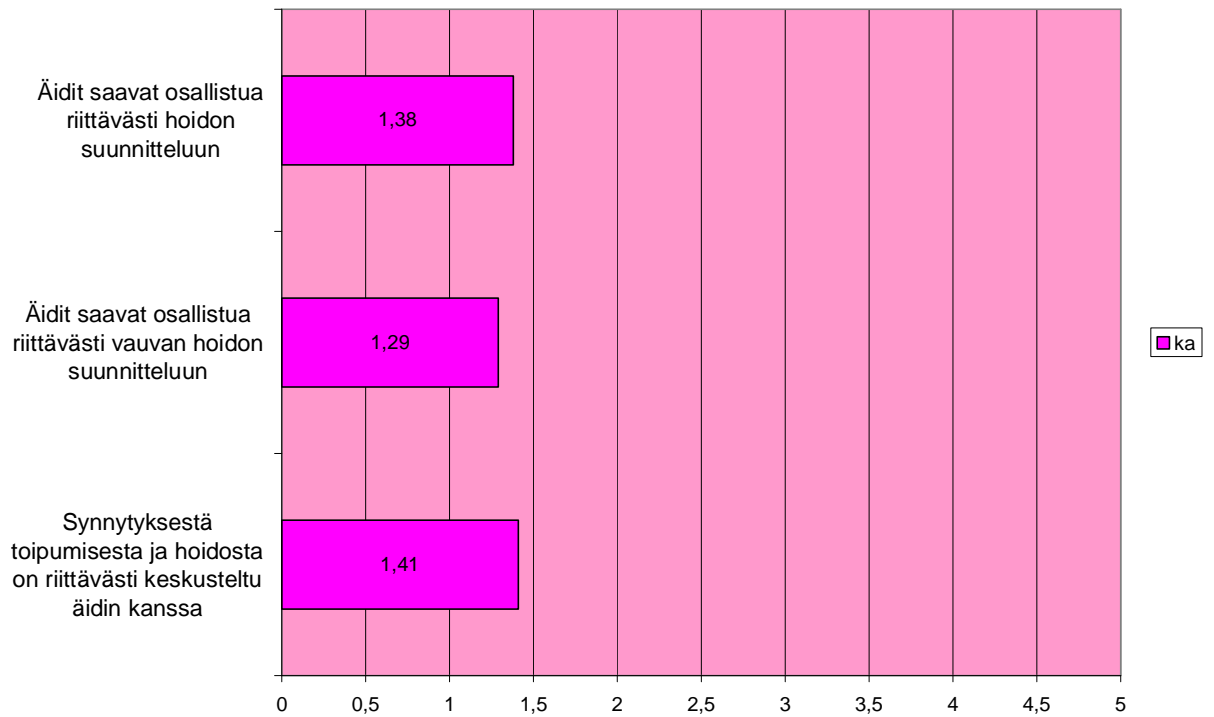


KUVIO 17. Tupakoinnista keskustelemisen tärkeys (n = 97).

(Asteikko: 1 = Täysin samaa mieltä, 2 = Samaa mieltä, 3 = En samaa enkä eri mieltä, 4 = Eri mieltä, 5 = Täysin eri mieltä)

6.2.8 Hoidon toteutuminen lapsivuodeosastolla

Lähes kaikki vastanneet (n = 99) olivat lapsivuodeosaston hoidon toteutumista koskevien väittämien kanssa täysin samaa tai samaa mieltä. Jokaisen kysymyksen kohdalla neljä (4 %) vastaajaa ei ollut samaa eikä eri mieltä. Keskiarvot sijoittuvat 1.29 ja 1.41 välille. (Kuvio 18.)

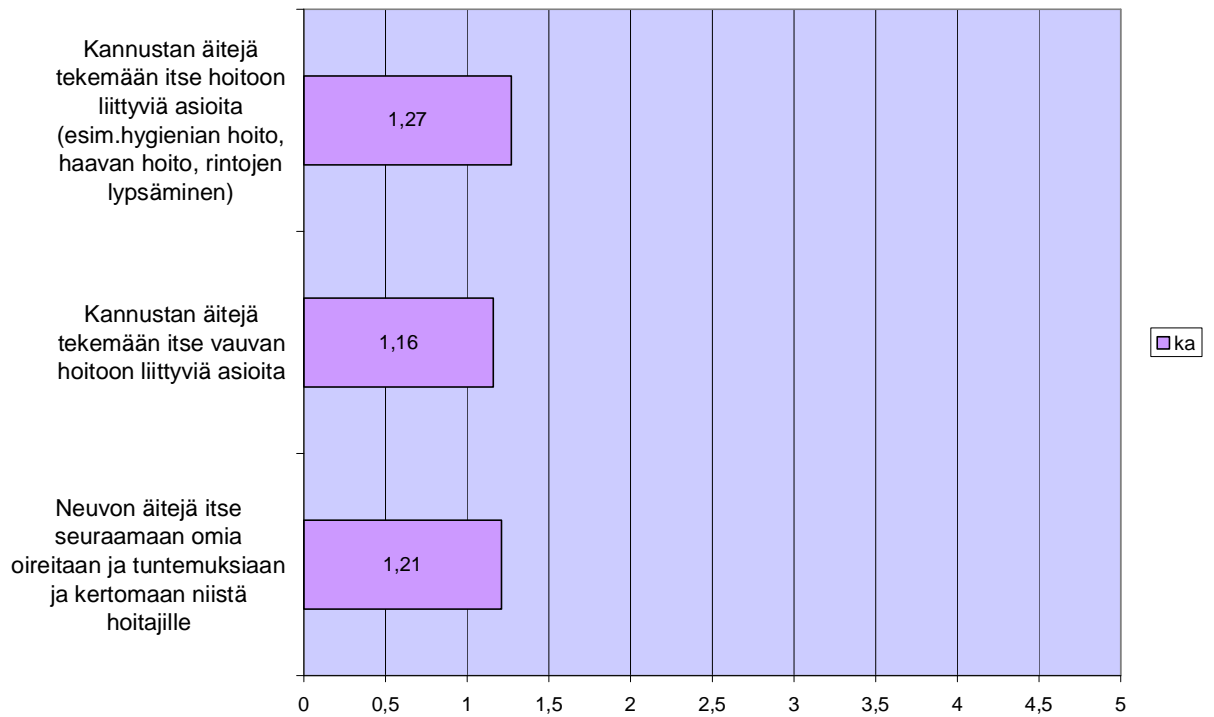


KUVIO 18. Hoidon toteutuminen lapsivuodeosastolla (n = 99).

(Asteikko: 1 = Täysin samaa mieltä, 2 = Samaa mieltä, 3 = Ei samaa eikä eri mieltä, 4 = Eri mieltä, 5 = Täysin eri mieltä)

6.2.9 Äitien omatoimisuuteen kannustaminen lapsivuodeosastolla

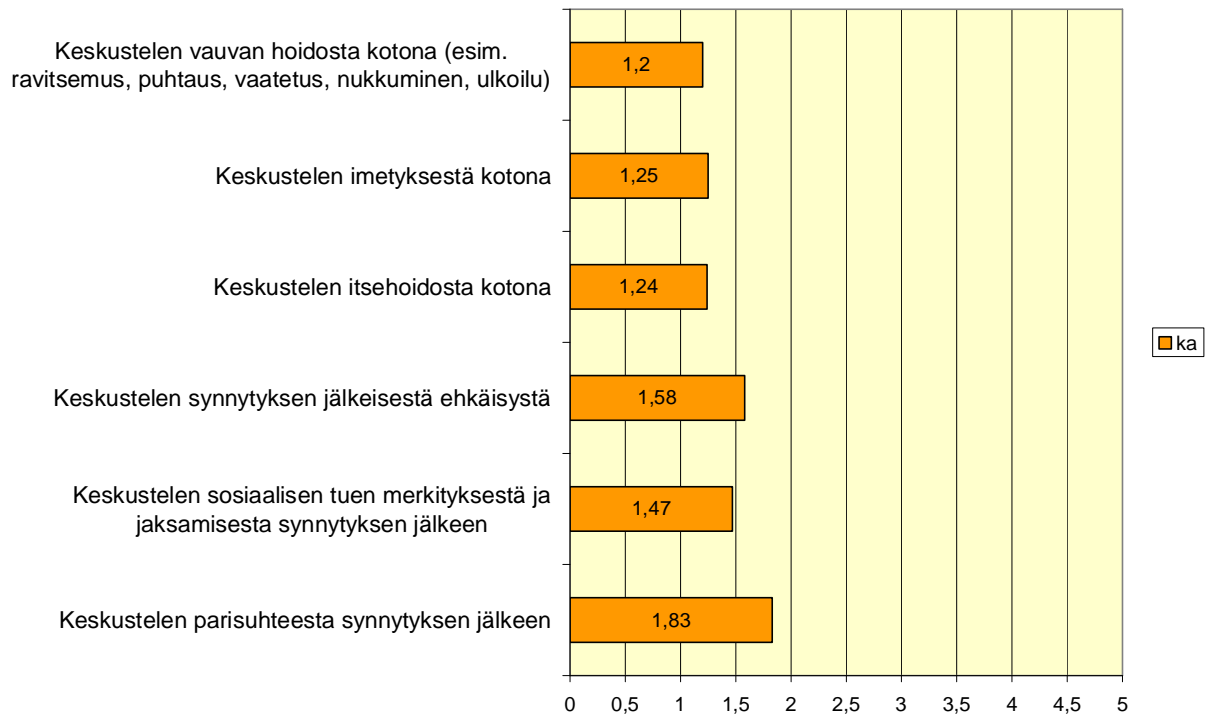
Vastaajista (n = 99) lähes kaikki ovat olleet täysin samaa tai samaa mieltä väittämien kanssa eli kannustaminen toteutuu heidän mukaansa hyvin tai melko hyvin lapsivuodeosastolla. Keskiarvot jakautuvat 1.16 ja 1.27 välille. (Kuvio 19.)



KUVIO 19. Äitien omatoimisuuteen kannustaminen lapsivuodeosastolla (n = 99).
(Asteikko: 1 = Täysin samaa mieltä, 2 = Samaa mieltä, 3 = Ei samaa eikä eri mieltä, 4 = Eri mieltä, 5 = Täysin eri mieltä)

6.2.10 Keskustelun toteutuminen ennen kotiutumista

Vastanneista (n = 91–95) vain muutamat olivat täysin eri mieltä eri osa-alueista keskustelun toteutumisesta ennen äidin kotiutumista. Synnytyksen jälkeinen ehkäisy sekä synnytyksen jälkeinen parisuhteesta keskustelu saivat hieman useamman eriävän mielipiteen. Täysin eri mieltä tai eri mieltä synnytyksen jälkeisestä ehkäisystä keskustelun toteutumisesta oli kahdeksan (8,8 %) vastaajaa. Vastaajista seitsemän (7,7 %) ei ollut samaa eikä eri mieltä. Parisuhteesta keskustelun toteutumisen kanssa täysin eri mieltä tai eri mieltä oli 11 (11,6 %) vastaajaa ja 14 (14,7 %) vastaajaa ei ollut samaa eikä eri mieltä. Sosiaalisesta tuesta keskustelemiseen liittyvään väittämään ei 12 (12,8 %) ottanut kantaa. Keskiarvot sijoittuvat 1.2 ja 1.83 välille. (Kuvio 20.)



KUVIO 20. Keskustelun toteutuminen ennen kotiutumista (n = 91–95).

(Asteikko: 1 = Täysin samaa mieltä, 2 = Samaa mieltä, 3 = Ei samaa eikä eri mieltä, 4 = Eri mieltä, 5 = Täysin eri mieltä)

6.3 Avoimen kysymyksen vastaukset

Avoimessa kysymyksessä sai vapaasti kirjoittaa ajatuksiaan potilasohjauksen kehittämistarpeista sairaalassa. Kysymykseen vastasi kaikista kyselyyn osallistuneista (n = 99) vain 19, joista kaksi kirjoitti, ettei osannut ottaa kantaa. Eniten (n = 5) esille tuotiin toivomuksia henkilökunnan määrän lisäämisen suhteen. Lisäksi kirjallisen materiaalin määrään ja laatuun toivottiin parannuksia ja mm. ohjausvideota neuvontavälineenä ehdotettiin. Muutamat (n = 2) ehdottivat parannuksia synnytyksen jälkeisen ehkäisyn neuvontaan ja muutamien (n = 2) mielestä synnyttäjien suhtautumisessa henkilökuntaan olisi parantamisen varaa. Yksi totesi, että potilaat saavat riittävästi tietoa jo nyt, ja yhden mielestä potilaat viihtyivät hyvin osastolla. Potilashuoneiden remontti oli yhden vastanneen toiveissa.

6.4 Alkoholinkäyttöä ja tupakointia koskevien vastausten tarkastelu

Khiin neliö- eli riippumattomuustestiä käyttämällä pyrittiin selvittämään alkoholinkäyttöä ja tupakointia koskevien vastausten mahdollisia taustatekijöitä, kuten iän, koulutuksen pituuden sekä imetysohjaajakoulutuksen saannin vaikuttavuutta alkoholinkäytöstä ja tupakoinnista keskustelemisen tärkeänä pitämiseen. Lisäksi toisiinsa verrattiin sitä, onko alkoholinkäytöstä keskustelemisen tärkeänä pitämisellä yhteyttä mielipiteeseen keskustella tupakoinnista sekä näiden molempien mahdollista yhteyttä siihen, pitääkö tärkeänä keskustella myös sikiötä vaurioittavista tekijöistä, sillä sekä alkoholi että tupakka ovat kumpikin sellaisia.

6.4.1 Iän suhde siihen, pitääkö tärkeänä keskustella alkoholinkäytöstä

Käyttämällä Khiin neliötestiä ei tilastollista merkitystä ole löydettävissä ($p = 0,467$), kun tutkitaan iän merkitystä mielipiteeseen siitä, pitääkö tärkeänä keskustella alkoholinkäytöstä. Kaikissa ikäluokissa osa vastanneista oli täysin eri mieltä väittämän kanssa tai ei samaa eikä eri mieltä, mutta suhteessa vähiten (10,5 %) heitä löytyi alle 31-vuotiaiden ryhmästä. 31–40-vuotiaiden ryhmästä 72 % oli täysin samaa tai samaa mieltä väittämän kanssa ja 41–50 vuotiaista noin 69 % oli täysin samaa tai samaa mieltä. Ikäryhmässä, joka sisälsi 51–60 vuotiaita, 85 % piti tärkeänä keskustella alkoholinkäytöstä. Yli 61-vuotiaiden ryhmässä oli vain kolme vastaajaa. Heistä 67 % piti tärkeänä keskustella alkoholinkäytöstä.

6.4.2 Iän suhde siihen, pitääkö tärkeänä keskustella tupakoinnista

Koska tupakoinnista keskustelemisen tärkeys nähtiin kaikilta osin samanlaisena kuin alkoholista keskustelemisen tärkeys, ovat tulokset samanlaiset. Khiin neliötestiä käyttämällä yhteyttä iän ja tupakoinnista keskustelemisen tärkeänä pitämisen kanssa ei siis kyetty löytämään ($p = 0,467$).

6.4.3 Imetysohjaajakoulutuksen saannin suhde siihen, pitääkö tärkeänä keskustella alkoholinkäytöstä

Seitsemästäkymmenestäviidestä imetysohjaajakoulutuksen saaneesta henkilöstä 59 (78,6 %) piti tärkeänä keskustella alkoholinkäytöstä. Niistä 22 henkilöstä, jotka eivät olleet saaneet koulutusta, 15 (68,1 %) piti tärkeänä keskustella alkoholista. Imetysohjaajakoulutuksen saannin riippuvuus alkoholinkäytöstä keskustelemisen tärkeänä pitämisen kanssa testattiin niin ikään Khiin neliötestillä. Tulokset osoittavat, ettei tilastollista riippuvuutta vastausten välillä ole ($p = 0,309$).

6.4.4 Imetysohjaajakoulutuksen saannin suhde siihen, pitääkö tärkeänä keskustella tupakoinnista

Imetysohjaajakoulutuksen saaneista henkilöistä (75) 59 (78,6 %) piti tärkeänä keskustella tupakoinnista äitien kanssa. Niistä, jotka eivät koulutusta olleet saaneet, 15 (68,1 %) piti asiaa tärkeänä. Tilastollista riippuvuutta imetysohjaajakoulutuksen ja tupakoinnista keskustelemisen tärkeänä pitämisen kanssa ei Khiin neliötestillä voitu osoittaa ($p = 0,309$).

6.4.5 Koulutuksen pituus suhteessa siihen, pitääkö tärkeänä keskustella alkoholinkäytöstä

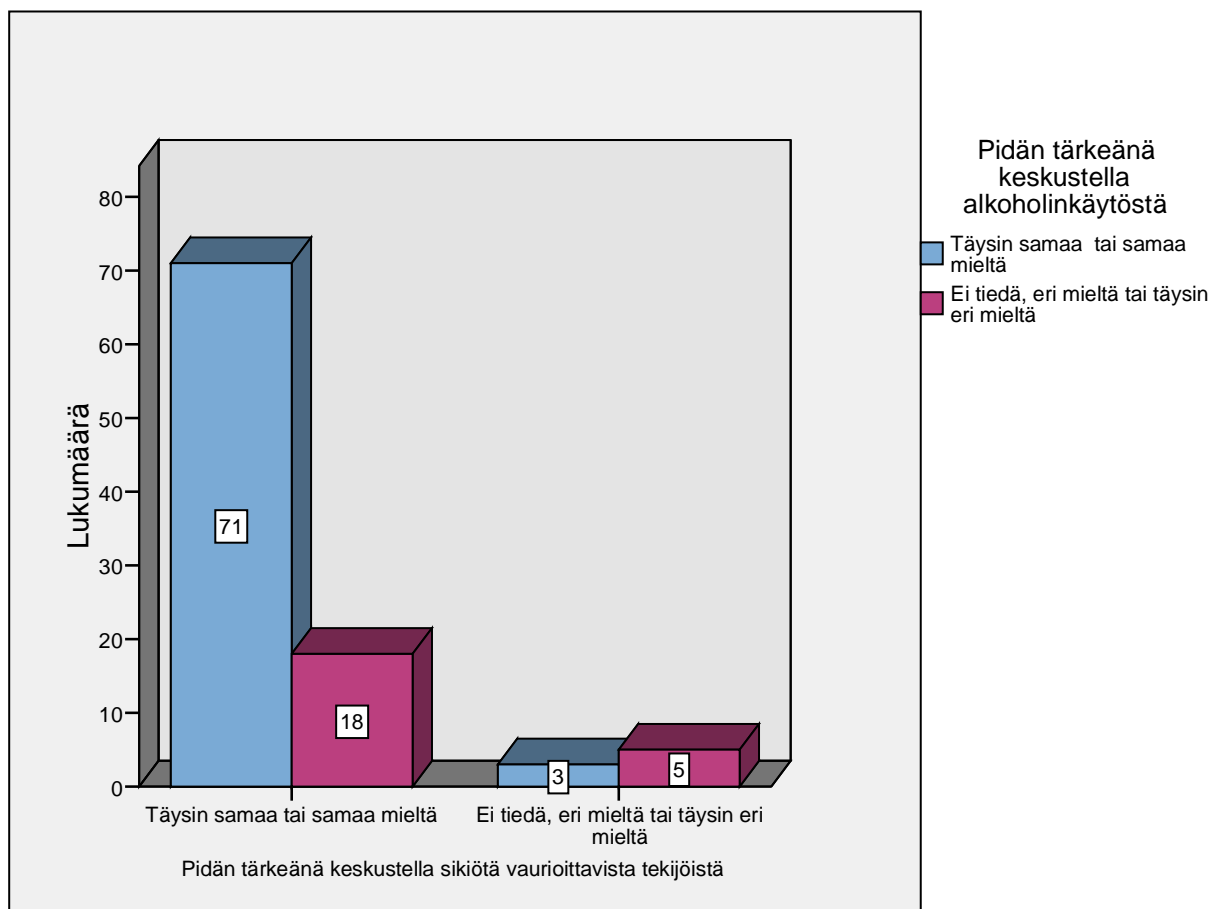
Suurin osa (43) vastaajista ($n = 95$) on saanut alle kolme vuotta kestäneen koulutuksen. Heistä 30 (69,8 %) oli täysin samaa mieltä tai samaa mieltä sen kanssa, että on tärkeää keskustella alkoholinkäytöstä. 13 (30,2 %) vastaajaa oli valinnut ”ei samaa eikä eri mieltä” tai ”täysin eri mieltä” -vastauksen. 3–4 vuotta opiskelleesta neljästäkymmenestä työntekijästä 35 (87,5 %) piti asiaa hyvin tärkeänä tai tärkeänä, jolloin viisi (12,5 %) ajatteli päinvastoin. Khiin neliötestillä tilastollista riippuvuutta ei voida todeta ($p = 0,215$), eli koulutuksen pituudella ei tämän otoksen pohjalta näyttäisi olevan merkitystä sen kanssa, pitääkö tärkeänä keskustella alkoholinkäytöstä.

6.4.6 Koulutuksen pituus suhteessa siihen, pitääkö tärkeänä keskustella tupakoinnista

Tarkasteltaessa koulutuksen pituuden merkitystä sen kanssa, pitääkö tärkeänä keskustella tupakoinnista, huomataan, että tulokset vastaavat täysin niitä, jotka saatiin tarkastelemalla koulutuksen pituuden merkitystä sen kanssa, pitääkö tärkeänä keskustella alkoholinkäytöstä. Khiin neliötestillä ei siis voitu tässäkään tapauksessa löytää tilastollista riippuvuutta ($p = 0,215$), joten voidaan todeta, että tutkitussa joukossa koulutuksen pituudella ei ollut merkitystä asenteeseen tupakoinnista keskustelun tärkeyttä kohtaan.

6.4.7 Riippuvuussuhde sen välillä, pitääkö tärkeänä keskustella sikiötä vaurioittavista tekijöistä ja alkoholinkäytöstä

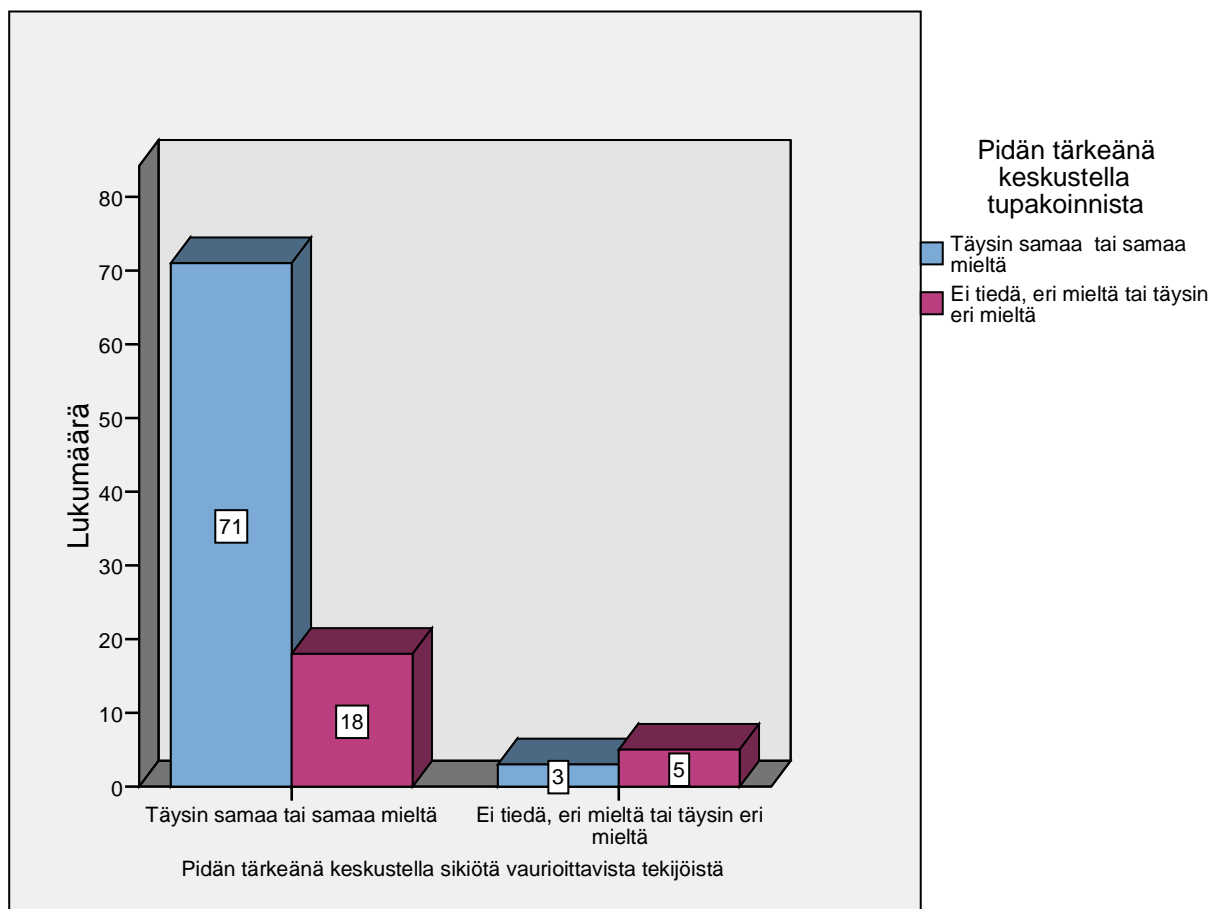
Vastanneista ($n = 97$) 89 (91,8 %) piti tärkeänä keskustella sikiötä vaurioittavista tekijöistä. Heistä 71 (79,8 %) piti tärkeänä keskustella myös alkoholin käytöstä. Ei samaa eikä eri mieltä, eri mieltä tai täysin eri mieltä siitä, että sikiötä vaurioittavista tekijöistä olisi tärkeää keskustella, oli kahdeksan (8,2 %) henkilöä. Heistä vain kolme (37,5 %) oli sitä mieltä, että alkoholinkäytöstä olisi tärkeää keskustella viiden (62,5 %) ollessa päinvastaista mieltä. Khiin neliötestillä tutkittuna voidaan todeta, että tilastollinen riippuvuus sen suhteen, että pitää tärkeänä kertoa sekä sikiötä vaurioittavista tekijöistä että alkoholinkäytöstä, on merkitsevä ($p = 0,007$). Näin ollen voidaan todeta, että sikiötä vaurioittavista tekijöistä kertovat henkilöt kertovat useammin myös alkoholinkäytöstä kuin ne, jotka eivät pidä tärkeänä kertoa sikiötä vaurioittavista tekijöistä. (Kuvio 21.)



KUVIO 21. Riippuvuussuhde sen välillä, pitääkö tärkeänä keskustella sikiötä vaurioittavista tekijöistä ja alkoholinkäytöstä (n = 97).

6.4.8 Riippuvuussuhde sen välillä, pitääkö tärkeänä keskustella sikiötä vaurioittavista tekijöistä ja tupakoinnista

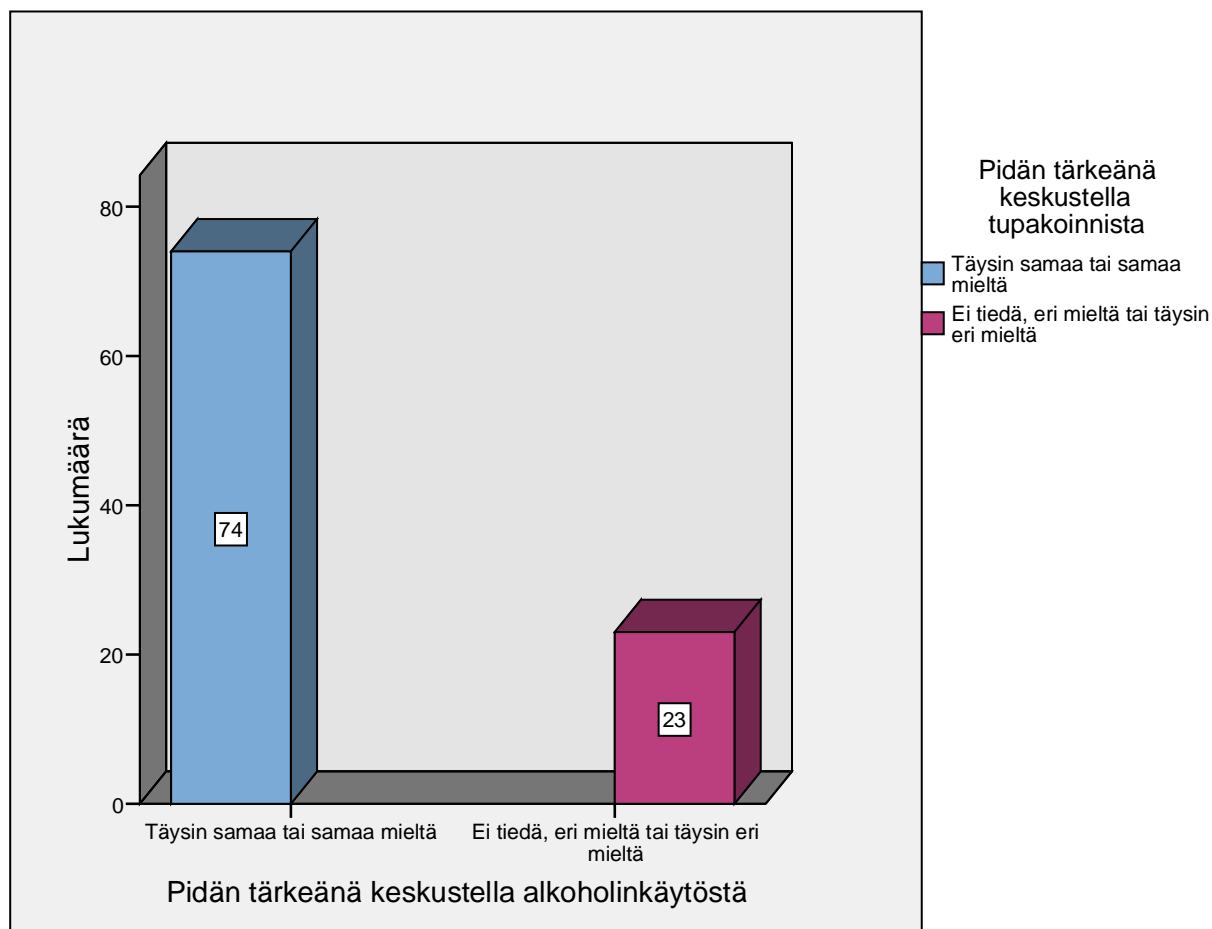
Kuten alkoholinkäytöstä keskustelemisen kohdalla, pidettiin tupakoinnista keskustelemista yhtä tärkeänä suhteessa sikiötä vaurioittavista tekijöistä keskustelemisen tärkeyteen. Luvut ovat täysin samat, joten Khiin neliötestillä tutkittuna myös tässä tilastollinen riippuvuus on merkitsevä ($p = 0,007$). Voidaan siis todeta, että henkilö, joka pitää tärkeänä keskustella sikiötä vaurioittavista tekijöistä, pitää hän myös useammin tärkeänä keskustella tupakoinnista (Kuviot 21–22).



KUVIO 22. Riippuvuussuhde sen välillä, pitääkö tärkeänä keskustella sikiötä vaurioittavista tekijöistä ja tupakoinnista (n = 97).

6.4.9 Riippuvuussuhde sen välillä, pitääkö tärkeänä keskustella alkoholinkäytöstä ja tupakoinnista

Vastanneista (n = 97) 74 (76,3 %) työntekijää oli täysin samaa tai samaa mieltä sen suhteen, että alkoholinkäytöstä on tärkeää keskustella. Sama lukema muodostui myös heistä, jotka olivat olleet täysin samaa tai samaa mieltä tupakoinnista keskustelemisen tärkeydestä. Khiin neliötestiä käyttämällä osoitetaan, että tilastollinen riippuvuus on erittäin merkitsevä ($p = 0,000$). Tämä tarkoittaa sitä, että kaikki vastanneet, jotka eivät olleet pitäneet alkoholinkäytöstä kertomista tärkeänä, olivat vastanneet täysin samoin myös tupakointia koskevaan kysymykseen. Alkoholinkäytöstä kertominen ja tupakoinnista kertominen ovat siis selkeässä yhteydessä toisiinsa. (Kuvio 23.)



KUVIO 23. Riippuvuussuhde sen välillä, pitääkö tärkeänä keskustella alkoholinkäytöstä ja tupakoinnista (n = 97).

7 POHDINTA

7.1 Tulosten tarkastelu ja johtopäätökset

Yleisesti katsoen tuloksista on huomattavissa, että suurin osa vastaajista koki ohjauksen eri osa-alueista keskustelemisen hyvin tärkeäksi tai tärkeäksi. Poikkeuksena tästä ovat alkoholinkäytöstä ja tupakoinnista keskustelemisen tärkeyttä koskevat vastaukset, joissa molemmissa vastaajista 22,7 % oli täysin eri mieltä sen kanssa, että keskusteleminen olisi tärkeää. Molempien väittämien kohdalla kukaan ei ollut eri mieltä ja ei samaa eikä eri mieltä oli yksi (1 %) vastaaja. Alkukartoituksen tuloksiin verrattuna luku on kuitenkin huomattavasti laskenut, sillä vuonna 2004 vastaajista (n = 84) jopa noin oli täysin

eri mieltä alkoholinkäytöstä ja tupakoinnista keskustelun tarpeellisuudesta. Tällöin vastausten keskiarvo oli 2.8, kun se loppukartoituksessa oli 2.0. (Toivonen 2005: 31; Kuvio 15.) Siltikin vielä yli viidesosa henkilökunnasta koki loppukartoituksessa tarpeettomana tai työhönsä kuulumattomana ottaa alkoholinkäytön ja tupakoinnin keskustelun aiheeksi (kuviot 16–17).

Yhteyttä taustatekijöihin ei tuloksista ollut löydettävissä. Ne vastanneet, jotka pitivät tärkeänä keskustella sikiötä vaurioittavista tekijöistä, pitivät tärkeänä keskustella myös sekä alkoholinkäytöstä että tupakoinnista. Tämä on erittäin merkittävä asia, sillä on tärkeää tiedostaa, että alkoholinkäyttö ja tupakointi raskauden aikana vaurioittavat sikiötä. (Lääketieteen termit 2002: 667; Rautavuori 2001: 8; Vierola 2006: 66.) Alkoholista ja tupakoinnista neuvomisen tärkeänä pitämisen välillä oli selkeä yhteys (kuvio 23). Kaikki ne, jotka eivät kokeneet tärkeäksi keskustella alkoholista, eivät kokeneet sen tärkeämmäksi myöskään tupakoinnista keskustelemista. Esimerkiksi raskaudenaikaiseen alkoholinkäyttöön ja sitä kautta FAS-oireyhtymän syntyyn vaikuttavia taustatekijöitä tutkittaessa nousi tupakointi yhdeksi vaikuttajaksi (Rautavuori 2001: 10). Alkoholinkäyttö ja tupakointi sisältävät useitakin yhtäläisyyksiä. Molempien kohdalla lopettamispäätökseen ja pidättäytymisessä onnistumiseen vaikuttavat mm. sosiaaliluokka, puolison ja ystävien tai muun elinpiirin tavat ja tuki sekä hoitavan osapuolen taidot ja mahdollisuudet järjestää tukea (Käypä hoito –suositus 2006; Laitinen – Toikkanen 2003: 16, 19; Rautavuori 2001: 10–11). Lisäksi molemmat ovat vaaraksi sekä sikiön että raskaana olevan naisen terveydelle. Tämän vuoksi jatkossa tulisikin kiinnittää huomioita yhtä lailla sekä tupakointiin että alkoholin käyttöön raskauden aikana.

On oleellista ymmärtää, onko henkilökunnan käyttäytymistä ja kokemusta selitettävissä joillakin taustatekijöillä. Ilmiö, jossa tupakoinnin ja alkoholin haitoista kertomista ei pidetä lainkaan tarpeellisena, täytyy ymmärtää tapauskohtaisesti. Syinä voivat olla mm. henkilökunnan omat asenteet tai tiedon ja koulutuksen puute. Toisaalta vaikka haitat tiedostettaisiin, ei sopivia keinoja, aikaa tai resursseja välttämättä ole tarjolla. (Laitinen – Toikkanen 2003: 51–54; Rautavuori 2001: 25.) Kyselyn pohjalta ei kuitenkaan voida päätellä, millaiset kokemukselliset tai näkemykselliset erot ovat johtaneet käsitysten muotoutumiseen.

7.2 Luotettavuus

Tutkimuksen yksi tärkeimmistä kysymyksistä on luotettavuus. Kvantitatiivisen tutkimuksen luotettavuuden kannalta keskeistä on erityisesti mittauksen validiteetti ja reliabiliteetti. (Paunonen – Vehviläinen-Julkunen 1997: 206.)

Reliabiliteetilla eli pysyvyydellä tarkoitetaan tutkimuksessa mittarin kykyä antaa tuloksia, jotka eivät ole sattumanvaraisia sekä sitä miten tarkasti mittari kuvaa tutkittavaa kohdejoukkoa. Tutkimus on siis toistettavissa. (Paunonen ym. 1997:209.) Koska mittari oli kehitetty jo alkukartoitusta varten, emme voineet osaltamme vaikuttaa sen muotoon, kysymysten sisältöön tai niiden määrään. Mittari on kuitenkin kehitetty yhteistyössä terveydenhuollon asiantuntijoiden kanssa (Toivonen 2005: 20), joten koimme sen luotettavaksi. Koska mittaria oli jo käytetty ja kysely uusittiin nyt loppukartoituksen muodossa, oli se myös toistettavissa. Vaikka mittari oli pyritty toteuttamaan mahdollisimman yksiselitteisesti jo sen takia, että toteutus tapahtui vieraassa kulttuurissa ja mittari vaati kääntämistä eri kielelle, koimme kysymysten muotoilun osittain hankalaksi. Lisäksi asteikko, jossa yhtenä vaihtoehtona on ”ei samaa eikä eri mieltä” asettaa omat haasteensa mm. tulosten analysoinnille. Mikäli tutkittavalle joukolle annetaan vaihtoehto, jossa ei tarvitse esittää mielipidettään, saattaa se alentaa kynnystä olla vastaamatta todellisen mielipiteen mukaisesti. (Haaga-Helia 2007.) Toisaalta on myös havaittu, että ihmiset vastaavat, vaikka heillä ei olisikaan käsitystä tai mielipidettä kysytystä asiasta. Mikäli kyselylomake sisältää vaihtoehdon, joka ei pakota valitsemaan mielipidettä, monet valitsevat vaihtoehdon ”ei mielipidettä” tai ”ei samaa eikä eri mieltä”. Myös ”samaa mieltä/ eri mieltä” -väitteet saattavat sisältää vastaustaipumuksen, jota nimitetään sosiaaliseksi suotavuudeksi. Tämä tarkoittaa sitä, että vastaajilla on taipumus valita se vastausvaihtoehto, jota he arvelevat odotettavan, eli jonka he uskovat olevan yleensä suotava vastaus. (Hirsjärvi – Remes – Sajavaara 1997: 190.)

Validiteetilla eli pätevyydellä tarkoitetaan mittauksen kykyä antaa tietoa siitä, mitä halutaan mitata. Mittarin validiteettia arvioitaessa esitutkimuksen avulla tutkija voi varmistaa, että mittari on looginen, toimiva sekä helposti ymmärrettävä ja käytettävä. (Paunonen ym. 1997: 207.) Mittari, jota opinnäytetyössämme käytimme, oli jo olemassa, joten esimerkiksi mittarin esitestaus ei enää tässä vaiheessa ollut ajankohtaista. Kielelliset ja kulttuurilliset erot otettiin huomioon tutkimustulosten kääntämistä ja arviointia ajatellen jo kyselylomakkeen laadinnassa, jotta virheet ja väärinymmärrykset voitiin

niiltä osin minimoida. Tuloksista on kuitenkin mahdotonta arvioida, ovatko vastanneet ymmärtäneet kysymykset ja väittämät kuten ne on tarkoitettu ymmärrettäväksi.

Luotettavuutta lisää suuri ja kattava otoskoko. Kyselyyn vastasi jopa useampi työntekijä kuin mitä kyselyitä oli Pietariin lähetetty. Tämä selittynee sillä, että muutama lomakkeista oli kopioitu. Kahden vastanneen lomakkeet hylättiin, koska vain muutamiin kysymyksiin niissä oli vastattu. Otoskoko oli synnytyslaitoksen työntekijämäärään nähden varsin kattava ja näin tuloksia voidaan pitää perusjoukkoon yleistettävissä olevina. Koko maasta puhuttaessa yleistettävyys ei kuitenkaan ole mahdollista jo alueellisten erojen vuoksi, jotka eivät käy ilmi otoksesta. Otokset eivät ole myöskään paikoitellen tasaisia. Esimerkiksi ikäryhmien kohdalla vastaajien iät eivät ole tasaisesti jakautuneet eri luokkiin. Tästä syystä riippumattomuustestiä käytettäessä tulosten pätevyyttä pienten otosten kohdalla ei voida pitää kaikilta osin vertailukelpoisina. Jotta riippumattomuustestiä voitiin käyttää, oli vastaukset myös luokiteltava uudestaan ryhmiin ”Täysin samaa tai samaa mieltä” sekä ”Ei samaa eikä eri mieltä, eri mieltä tai täysin eri mieltä”. Vain näin riippumattomuustestistä saatiin pätevä, sillä kaikissa vastausryhmissä tulee olla vähintään yksi vastaaja, ja ilman uudelleen luokittelua tämä ei olisi toteutunut. On kuitenkin todettava, että vastausten pohjalta on kenties mahdotonta antaa pätevää selitettä tulosten luotettavuudesta, sillä Neuvostoliiton aikaisen sosialisatian takia on mahdollista, että ihmiset vastaavat kyselyihin sen mukaisesti, miltä taholta ne tulevat (Ihamäki 2006: 10).

7.3 Eettiset kysymykset

Tämän kaltaisessa hoitotieteellisessä tutkimuksessa eettiset kysymykset ovat tärkeitä. Tutkimuksen eettisyyteen kuuluu epärehellisyys, kuten plagioinnin välttäminen työn kaikissa osavaiheissa. Lainatessamme aikaisempia tutkimuksia työhömmе, olemme merkinneet tekstiin asianomaisen viitteen sekä lähteen ja opinnäytetyön tutkimustulokset on esitetty totuudenmukaisesti. Tutkimuksen kohteena oleville henkilöille selvitettiin ennen tutkimuksen suorittamista, mitä tutkimuksen kuluessa tapahtuu, mihin tarkoitukseen tutkimus tehdään ja miten heidän anonymiteettinsä on taattu (Toivonen 2005: 35). Kyselyt palautettiin nimettöminä suljetuissa kirjekuorissa. Emme voineet omalta osaltamme vaikuttaa anonymiteetin varmistamiseen, sillä kyselyt ohjattiin Pietariin työelämän yhteistyökumppanin kautta. Myöskään tutkimuslupaa emme anoneet, sillä työmme on jatkoa jo alkaneelle projektille, johon on kuulunut kyselytutkimusten suorittaminen

ja tutkimusluvan järjestäminen. Alkukartoituksen yhteydessä Pietarin synnytyssairaala nro 9:n ylilääkäri Atlasov Vladimir Olegovich antoi suostumuksensa kyselytutkimuksen suorittamiseen hoitohenkilökunnalle. Työmme tuloksia ei ole yleistetty kritiikittömästi ja ne on esitetty aineiston pohjalta rehellisesti. Raportoinnissa on pyritty välttämään puutteellisuutta ja harhaanjohtavuutta. Myös työn puutteet on pyritty tuomaan esille totuudenmukaisen kuvan välittämiseksi.

7.4 Opinnäytetyöprosessin tarkastelu

Opinnäytetyöprosessimme alkoi Helsingin ammattikorkeakoulu Stadiassa syksyllä 2006. Pääsimme tekemään opinnäytetyötä ensisijaisesta aiheoivestamme, jonka myötä toivoimme saavamme kulttuurillista näkökulmaa tulevaan ammattiimme. Moniammatillisen yhteistyöhankkeen loppukartoitus oli määrä suorittaa sekä äideille että hoitohenkilökunnalle Näistä vaihtoehtoista kohderyhmäksemme määriteltiin jälkimmäinen. Marraskuisen ideaseminaarin ja hyväksytyn ideapaperin jälkeen aloimme työstää suunnitelmavaihetta. Vielä tässä vaiheessa teoreettisen viitekehyksen runko ei ollut muotoutunut täysin ja työn lopullinen suunta ei ollut tarkasti selvillä. Saimme kuitenkin kyselyiden tulokset takaisin jo ennen joulua, joten pääsimme työstämään SPSS for Windows 15 -ohjelmalla tulosten tallennusta sekä tarkastelemaan vastauksista esiin nousevia aiheita.

Vuoden 2007 alkukevään kuluessa ja suunnitelmavaihetta työstäessämme muovautuivat alkoholinkäyttö ja tupakointi raskausaikana teoreettisen viitekehyksemme kulmakiviksi. Pyrimme löytämään aineistoa myös kulttuurinen näkökulma mielessämme, sillä koimme, että ilman tätä näkökantaa, oli tuloksia mahdotonta tulkita, arvioida ja hyödyntää. Aluksi aineiston löytäminen tuntui hankalalta, sillä takerruimme liiaksi juuri venäläisten tutkimusten etsimiseen. Neuvoja saimme tiedonhakutyöpajoista, suunnitelmavaiheen työpajasta sekä opinnäytetyömme ohjaajalta ja työelämän edustajalta sekä äidinkielenopettajalta. Yhteistyö samanaikaisesti hankkeessa äitien loppukartoitusta työstävien opiskelijoiden kanssa jäi lopulta vähäiseksi, sillä aihepiirimme eivät juurikaan koskettaneet toisiaan. Maaliskuussa 2007 suunnitelmavaiheen seminaarissa työmme esiteltiin ja hyväksyttiin.

Toteutusvaiheessa osaksemme ei jäänyt mittarin kehittämistä tai tutkimusluvan hankkimista, joten pääsimme nopeasti teoreettisen viitekehyksen työstämisen lisäksi tulosten analysointiin. Jo kehitetyn mittarin muotoilu aiheutti osaltaan lieviä hankaluuksia tulosten analysoinnissa, mutta saimme avuksemme SPSS-ohjausta. Viitekehyksen muokkaus taas sai vauhtia uusien tutkimusten löytymisen myötä. Tulosten analysoinnin edetessä viitekehykseen oli entistä helpompaa paneutua, sillä oli mielenkiintoista löytää yhteyksiä kirjallisuuden ja tulostemme väliltä. Loppukesä ja syksy menivät vauhdikkaasti ahkeran työnteon siivittiminä ja opinnäytetyö etenikin nopeasti lopulliseen muotoonsa.

Koemme onnistuneemme löytämään opinnäytetyöllemme sellaisen muodon, että se parhaalla mahdollisella tavalla tuo loppukartoituksen tuottaman tiedon esille. Viitekehykseen olemme löytäneet kattavasti tietoa raskaudenaikaisesta alkoholinkäytöstä ja tupakoinnista niin lääketieteellisessä kuin hoitotieteellisessä merkityksessään. Vaikka raskaudenaikaista alkoholinkäyttöä ja tupakointia on tutkittu aikaisemminkin, ei riittävästi tietoa kyseisistä ilmiöistä kulttuurillisessa ominaisuudessaan vielä ole. Olemme kuitenkin pyrkineet keräämään Pietarin synnytyssairaalan hyödynnettävissä olevaa tietoa, jota on mahdollista käyttää esimerkiksi koulutuksia suunniteltaessa. Aihepiirin ollessa maailmanlaajuisesti naisia koskettava, näemme myös koulumme hyötyvän työstämme. Lisäksi hankkeen koskettaessa sekä Suomen että Venäjän yhteistyökumppaneita, ovat loppukartoituksen tulokset jo sen suhteen merkittäviä. Vertaamalla tuloksiamme alkukartoituksen tuloksiin, on mahdollista todeta hankkeen aikana tapahtuneet muutokset henkilökunnan ajatuksissa ja asenteissa. Hankkeen aikana tapahtuneiden muutosten tarkemmaksi selvittämiseksi tämä vertailu olisikin hyvä toteuttaa.

Vaikka pyrimme pitämään opinnäytetyömme siihen varatun ajan ja suositellun pituuden sisällä, oli aihepiiri niin laaja sekä hankkeen taustojen, teoreettisen viitekehyksen että kyselyn laajuuden vuoksi, ettemme voineet karsia osia sopivan mitan saavuttamiseksi. Koska monisyinen aihepiirimme on myös erittäin tärkeä ymmärtää kokonaisvaltaisesti ja kaikilta osin, on ollut mahdotonta ajatella vain työn pituutta.

Opinnäytetyön tarkoituksen ja teoreettisen viitekehyksen selvennyttyä työn tekeminen on ollut kaikin puolin mielenkiintoista ja opettavaista, joskin olemme joutuneet viime hetkiin asti painimaan monien kysymysten kanssa aina teoreettisesta viitekehyksestä tulosten esittämiseen. Olemme oppineet etsimään tutkimuksia, arvioimaan niiden luotettavuutta ja sopivuutta työhömmme sekä käyttämään niiden sisältämää tietoa olennaisilta

osin työssämme. Olemme kehittyneet ammatillisesti ja kasvaneet opinnäytetyötä tehdessämme. Olemme kasvattaneet tietämystämme tupakoinnin ja alkoholin vaaroista raskauden aikana, sekä perehtyneet useisiin hoitokeinoihin, joita voimme myös tulevana hoitotyöntekijöinä käyttää hyväksi työssämme. Olemme myös harjaantuneet SPSS for Windows 15 -ohjelman käytössä ja oppineet hyödyntämään sitä tulosten esittämisessä ja vertailussa. Koemme opinnäytetyön olleen kokonaisuudessaan varsin kasvattava ja opettava kokemus.

7.5 Kehittämis- ja jatkotutkimusehdotukset

Opinnäytetyömme pohjalta voidaan tarkastella nykytilannetta hoitohenkilökunnan asenteissa sekä vertailla tuloksia alkukartoituksen tulosten kanssa hankkeen aikana tapahtuneen muutoksen tarkemmaksi selvittämiseksi. Hoitajille ja äideille tehtyjen kyselyiden tuloksia vertaamalla voidaan mahdollisesti löytää samankaltaisuuksia mielipiteistä hoidon toteutumisesta. Näin on mahdollista vahvistaa molempien kyselyiden tulosten pitävyyttä. Tämä oli huomattavissa alkukartoituksen tuloksissa. Kyselyyn vastanneet äidit eivät kokeneet saaneensa riittävästi tietoa alkoholinkäytöstä ja tupakoinnista, kun hoitajat taas eivät kokeneet tärkeäksi keskustella näistä aihealueista (Lassila – Ratola 2004: 31, 47; Toivonen 2005: 31). Alkoholia ja tupakointia koskevat vastaukset nousivat esille myös loppukartoituksen aineistosta ja ne vaativatkin mielestämme lisäselvitystä ilmiön ymmärtämiseksi ja selittämiseksi. Vastausten perusteella on vaikeaa päätellä alkoholia ja tupakointia koskeviin asenteisiin vaikuttavia tekijöitä, sillä vain kaksi väittämää koski suoraan alkoholista ja tupakoinnista keskustelemisen tärkeänä pitämistä. On siis mahdollista tuoda vain tämän kyselyn pohjalta esille mahdollisia syitä siihen, miksi tätä aihepiiriä ei koeta muihin verrattuna niin merkityksellisenä Pietarin synnytyslaitos nro 9:n henkilökunnan keskuudessa.

Balachova ym. (2007: 886–889) esittävät, että Venäjällä alkoholinkäyttö ei kuulu siihen aihepiiriin, jota painotetaan raskaana olevien naisten ja heidän syntymättömien lastensa terveyden edistämisessä ja että alkoholinkäyttöön liittyy edelleen vahvana eläviä vääriä uskomuksia. Vaikka yleisesti ajatellaan, että raskaana olevien naisten tulisi noudattaa terveellisiä elämäntapoja, ei alkoholinkäyttöön kiinnitetä läheskään riittävästi huomiota. Pietarissa toteutettuun tutkimukseen osallistuneiden eri alojen lääkärin ja äitien vastauksista vain hyvin harvoissa tuli spontaanisti esille mielipide siitä, että raskaana olevien

olisi syytä välttää alkoholinkäyttöä ja tupakointia. Monet naiset saavat tietonsa ja uskomuksensa suurimmaksi osaksi sosiaalisesta ympäristöstään ja perimätietona. Kirjoista, esitteistä ja hoitolaitoksista saadaan harvemmin tietoa, sillä kirjallista materiaalia on hyvin harvakseltaan saatavissa ja toisaalta myöskään hoitohenkilökunta ei äitien mukaan ota asiaa puheeksi. Sekä asiakkaat että hoitohenkilökunta esittivät tutkimuksessa toiveensa kirjallisesta materiaalista ja selkeästä, henkilökunnan käytettävissä olevasta tiedosta alkoholin haittavaikutuksista.

Loppukartoituksen vastauksista ei selviä, miten kättilöiden ja sairaanhoitajien koulutuksessa raskaudenaikainen alkoholinkäyttö ja tupakointi tulevat esille ja millainen on lääketieteellinen haittojen tiedostamisen taso tai hoitotyön interventiokeinojen tunteminen. Mikäli taustatietoja haluttaisiin selvittää laajemmin ja tarkemmin, tulisi myös hoitajien näkemys raskaana olevien ja synnyttäneiden alkoholinkäyttöä ja tupakointia kohtaan ottaa huomioon. Lisäksi hoitajien omat alkoholinkäyttö- ja tupakointitavat saattaisivat osaltaan selittää asennoitumista, sen enempää väheksymättä myöskään yhteiskunnan asettamia arvoja ja normeja. Jotta ilmiö olisi luotettavasti kuvattavissa, tulisi tarkempia tutkimuksia aiheesta suorittaa. Myös äitejä koskeva selvitys heidän alkoholinkäyttö- ja tupakointitavoistaan, asenteestaan raskaudenaikaiseen alkoholinkäyttöön ja tupakointiin sekä mielipiteistä siitä, millaista neuvontaa näiden aihepiirien osalta he kaipaisivat, antaisi kattavamman käsityksen vallitsevasta tilanteesta.

Venäjällä terveydenhoito ja terveysneuvonta ovat perinteisesti painottuneet henkilökunnan, erityisesti lääkäreiden, aktiivisuuteen asiakkaan ollessa tiedon ja hoidon passiivinen vastaanottaja. Useat lähteet kuitenkin painottavat, että alkoholinkäytön ja tupakoinnin lopettamiseksi äidin omaa motivaatiota ja vastuuta tarvittaisiin myös (Bäckmark-Lindqvist ym. 2007: 1152; Päihdelääketiede 2003: 424). Lääketieteellisten faktojen esittämisen ei siis pitäisi olla ensisijaisena tavoitteena, sillä pelkkä haittojen tiedostaminen ei aina riitä auttamaan äitiä eroon alkoholinkäytöstä ja tupakoinnista, varsinkin alkoholinkäytön ollessa jo ongelmallista ja tupakoinnin runsasta. Tästä syystä yksilöllisyys tulisi aina ottaa huomioon hoitoa ja tukea suunniteltaessa. (Käypä hoito –suositus 2005a; Laitinen – Toikkanen 2003: 82). Monet tutkimustulokset viittaavatkin siihen, että asiakaslähtöisyydellä ja yhteistyöllä saavutetaan parempia tuloksia (Alho – Kankkunen 2006: 38; Käypä hoito –suositus 2005a; Laitinen – Toikkanen 2003: 19). Pitkien perinteiden ja historian yhtäkkinen muuttaminen on kuitenkin mahdotonta.

Koska terveysneuvonta vastaa osin yhteiskunnan asenteita ja on aina kulttuuriin sidottua, eivät tutkimustulokset eri maista ole aina siirrettävissä suoraan käytäntöön. Lisätietoa tarvittaisiin erityisesti alkoholinkäytön ja tupakoinnin taustatekijöistä. Toistaiseksi tuloksia ei-farmakologisten hoitomuotojen vaikuttavuudesta voi olla vaikeaa soveltaa eri asiakkaiden kohdalla, sillä myös taustatekijöiden on todettu vaikuttavan neuvonnan tuloksellisuuteen (Abrahamsson 2004: 4; Lu ym. 2001: 355). Äitiyshuollon tarjoaman tuen lisäksi asiakkaasta itsestään lähtöisin oleva asennoituminen näyttäisi vaikuttavan huomattavasti päihitteettömyyden saavuttamiseen (Bäckmark-Lindqvist ym. 2007: 1152; Päihdelääketiede 2003: 424). Ymmärtämällä myös maantieteellisten olosuhteiden, historian ja nykykulttuurin vaikutukset, voidaan kohteen sisäinen logiikka saavuttaa entistä paremmin. Erilaisia ilmiöitä, ihmisiä, elämäntapoja tai käsityksiä terveydestä on mahdollista ymmärtää esimerkiksi pelkästä suppean länsimaisen hyvinvointivaltion näkökulmasta. Siirrettäessä tietoa eteenpäin muihin kulttuureihin, on myös huomioitava tulkinnalliset erot käsitteissä. (Janhonen – Nikkonen 2001: 45–50.) Erilaisista hoitotyön käytännöistä ja kokemuksista voi silti oppia ja henkilökunnan koulutukseen panostamalla voidaan saavuttaa tilanne, jossa heillä on paremmat mahdollisuudet vaikuttaa positiivisesti raskaana olevien ja synnyttäneiden naisten terveyteen. Yksilön käyttäytymiseen ei kenties ole mahdollista vaikuttaa suoraan yhteiskunnallisella tasolla, mutta yhteiskunnan palvelujärjestelmä terveydenhuollon käytäntöjen osalta voi tarjota asiakkailleen toimintaedellytyksiä, joilla saavuttaa toivottu käyttäytymismalli (Ihamäki 2006: 12).

LÄHTEET

- Abrahamsson, Agneta 2004: Addressing smoking during pregnancy – The challenge to start from the woman's view. The department of community medicine. Malmö: Lund university.
- Alho, Leena – Kankkunen, Päivi 2006: Naisten lisääntyvä alkoholin käyttö – haaste syntyvän lapsen ja äidin hoitotyölle. *Sairaanhoitaja -lehti* 79 (8). 36–39.
- Alila, Anja 2007a: Nikotiinikorvaushoito. Teoksessa Alila, Anja – Matilainen, Elina – Mustajoki, Marianne – Rasimus, Mirja (toim.) 2007: *Sairaanhoitajan käsikirja*. 4. painos. Duodecim. Hämeenlinna. 665–666.
- Alila, Anja 2007b: Tupakoinnin lopettamisen tukeminen. Teoksessa Alila, Anja – Matilainen, Elina – Mustajoki, Marianne – Rasimus, Mirja (toim.) 2007: *Sairaanhoitajan käsikirja*. 4. painos. Duodecim. Hämeenlinna. 662–664.
- Alkoholiohjelma 2004–2007: Fagerströmin nikotiiniriippuvuustesti – 6 henkilökohtaista kysymystä tupakoinnista. Sosiaali- ja terveysministeriö. Verkkodokumentti. <<https://rtstm.teamware.com/Resource.phx/alkoholi/julkaisuja/testaayksittaiset.htx.i340.pdf>>. Luettu 22.9.2007.
- Alkoholiohjelma 2004–2007: Alkoholikäytön riskitasotesti (suomeksi) – 10 henkilökohtaista kysymystä alkoholikäytöstä. Sosiaali- ja terveysministeriö. Verkkodokumentti. <<https://rtstm.teamware.com/Resource.phx/alkoholi/julkaisuja/aineistot.htx.i1202.pdf>>. Luettu 22.9.2007.
- Alkoholiohjelma 2004–2007: Alkoholikäytön riskitasotesti (venäjäksi) – 10 henkilökohtaista kysymystä alkoholista. Sosiaali- ja terveysministeriö. Verkkodokumentti. <<https://rtstm.teamware.com/Resource.phx/alkoholi/julkaisuja/aineistot.htx.i1220.pdf>>. Luettu 22.9.2007.
- Andersson Maarit (toim.) 2001: *Tartu hetkeen. Apua ja hoitoa päihteitä käyttäville vauvaperheille*. Helsinki: Ensi- ja turvakotien liitto.
- Armstrong, Elizabeth M. 2005: Drug and alcohol use during pregnancy: We need to protect, not punish, women. *Women's Health Issue* 15 (2). 45–47.
- Bakhireva, Ludmila N. – Chambers, Christina D. – Joutchenko, Loudmila – Kavteladze, Lela – Lyons Jones, Kenneth 2006: Alcohol consumption patterns among pregnant women in the Moscow region of the Russian Federation. *Alcohol* 38 (3). 133–137.
- Bakker, Martijntje – De Vries, Hein – Dolan Mullen, Patricia – Van Breukelen, Gerard 2005: The effects of smoking cessation counselling by midwives on Dutch pregnant women and their partners. *Patient Education and Counselling* 63 (1–2). 177–187.
- Balachova, Tatiana N. – Bonner, Barbara L. – Isurina, Galina L. – Tsvetkova, Larissa A. 2007: Use of focus groups in developing FAS/FASD prevention in Russia. *Substance Use & Misuse* 42 (5). 881–894.

- Benn, Cheryl – Cookson, Timothy – Dowell, Anthony – McLeod, Deborah – Pullon, Susan – Vickers, Anne – White, Sonya 2003: The midwife's role in facilitating smoking behaviour change during pregnancy. *Midwifery* 19 (4). 285–297.
- Boback, Mark – Gilmore, A. – Marmot, Michael – McKee, Marti – Rose, Richard 2006: Changes in smoking prevalence in Russia 1996 – 2004. *Tobacco control* 15. 131–135.
- Boback, Mark – Marmot, Michael – McKee, Marti – Rose, Richard 1999: Alcohol consumption in a national sample of the Russian population. *Addiction* 94 (6). 857–866.
- Bruce, Carol – Goodwin, Mary – Gunter, Eileen – Johnson, Christopher – Kogan, Michael – Zahniser, Christine 2004: Behavioral risk factors before and during pregnancy. From data to action: CDC's public health surveillance for women, infants, and children. Verk-kodokumentti.
<<http://www.cdc.gov/reproductivehealth/Products&Pubs/DatatoAction/pdf/rhow7.pdf>>. 93–104. Luettu 12.8.2007.
- Bykov, Vladimir – Chashchin, Valerij Petrovitsi – Khoklov, Timofej Vladimirovitsi – Nieboer, Evert – Nikanov, Aleksandr Nikolajevitsi – Odland, Jon Oyvind – Serebrjakova, Natalja Garissonovna – Strelkovskaja, Natalja Jurievna – Talykova, Ljudmila Vasiljevna – Vaktskjold, Aril 2007: Pregnancy health and outcome in two cities in the Kola Peninsula, Northwestern Russian. *International journal of circumpolar health* 66 (2). 168–181.
- Bäckmark-Lindqvist, Gunne – Haukkamaa, Maija – Halmesmäki, Erja – Iisakka, Teija – Kahila, Hanna – Keski-Kohtamäki, Ritva 2007: Raskaana olevan päihdeongelmaisen naisen hoito. *Suomen lääkirilehti* 62 (11). 1151–1154.
- Chan, Brian – Koren, Gideon 2003: Pharmacological treatment for pregnant women who smoke cigarettes. *Tobacco induced diseases* 1 (3). 165–174.
- Chang, Grace – McNamara, Tay K. – Orav, John E. – Wilkins-Haug, Louise 2006: Brief intervention for prenatal alcohol use: The role of drinking goal selection. *Journal of substance abuse treatment* 31 (4). 419–424.
- Condliffe, Leona – McEwen, Andy – West, Robert 2004: The attitudes of maternity staff to, and smoking cessation interventions with, childbearing women in London. *Midwifery* 21 (3). 233–240.
- Croghan E. 2005: Supporting pregnant women through behaviour change. *Nursing standard* 19 (35). 48–50.
- Dake, Joseph – Jordan, Timothy – Price, James 2006: Perceptions and use of smoking cessation in nurse-midwives' practice. *Midwifery Womens Health* 51 (3). 208–215.
- Deroo, Lisa – Dunn, Chris – Rivara, Frederick P. 2001: The use of brief interventions adapted from motivational interviewing across behavioural domains: a systematis review. *Addiction* 96 (12). 1725–1742.

- Dolan-Mullen, Patricia – Goldenberg, Robert – Melvin, Cathy – Windsor, Richard – Whiteside, Pennington 2000: Recommended cessation counselling for pregnant women who smoke: a review of the evidence. *Tobacco Control* 9 (3). 80–84.
- Eiser, J. Richard – Foulds, Jonathan – Hajek, Peter – Lee, Anne-Main, Nicole – Owen, Lesley – West, Robert 2001: Randomized controlled trial of a midwife-delivered brief smoking cessation intervention in pregnancy. *Addiction* 96 (3). 485–494.
- Forsen, Lisa – Gurina, Natalia A – Sundby, Johanne – Vangen Siri 2006: Maternal mortality in St. Petersburg, Russian federation. *Bulletin of the World Health Organization* 84 (4). 283–289.
- Haaga-Helia 2007: Kyselylomake. Verkkodokumentti.
<<http://myy.haaga-helia.fi/~taaak/t/kysel.htm>>. Luettu 13.9. 2007.
- Halmesmäki, Erja 1985: Raskaus ja alkoholi tutkijalääkärin näkökulmasta. Teoksessa Haaramo, Pirkko – Halmesmäki, Erja – Karttunen, Kirsti – Kokko, Simo 1985: Raskaus ja alkoholi -artikkelikirja terveydenhoitajille. Helsinki: Mannerheimin Lastensuojeluliitto. 21–41.
- Halmesmäki, Erja 1987: Alcohol consumption in pregnancy. Departments I and II of obstetrics and gynecology. Helsinki University Central Hospital. University of Helsinki Finland.
- Halmesmäki, Erja 2000: Alkoholin suurkuluttajan ja narkomaanin tunnistaminen ja hoito äitiysneuvolassa ja synnytyssairaalassa. Helsinki: Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. Ehkäisevä päihdetyö.
- Handmaker Sheehy, Nancy – Wilbourne, Paula 2001: Motivational interventions in prenatal clinics. *Alcohol research & health* 25 (3). 219–229
- Hannöver, Wolfgang – Hapke, Ulfert – John, Ulrich – Röske, Kathrin – Scherbarth, Susann – Thyrian, Jochen René 2005: Midwives' attitudes to counselling women about their smoking behaviour during pregnancy and postpartum. *Midwifery* 22 (1). 32–39.
- Hausen, Hannu – Knuuttila, Matti – Kärkkäinen, Sakari 2000: Tupakoinnin historiaa – tiesitkö? Suomen Hammaslääkäriliitto. Verkkodokumentti.
<http://jasenpalvelut.hammasll.fi/suu/tupakka/tupakoinnin_historiaa.htm>. Luettu 11.8.2007.
- Henriksen, Tine Brink – Jespersen, Lone Birk – Secher, Niels Jorgen – Wisborg, Kirsten 2000: Nicotine Patches for pregnant smokers: A randomized controlled study. *Obstetrics & Gynecology* 96 (6). 967–971.
- Hirsjärvi, Sirkka – Remes, Pirkko – Sajavaara, Paula 1997: Tutki ja kirjoita. 6. – 8. painos. Helsinki: Tammi.
- Ihamäki, Katja 2006: Nuorten lisääntymisterveysolosuhteet Pietarissa ja Riiassa. Lisensiaattityö. Turku: Turun yliopisto. Sosiaalityö.
- Iisakka, Teija – Keski-Kohtamäki, Ritva 2007: Päihderiippuvaisen raskaudenaikainen hoito. Teoksessa Alila, Anja – Matilainen, Elina – Mustajoki, Marianne – Rasimus, Mirja (toim.) 2007: Sairaanhoidajan käsikirja. 4. painos. Hämeenlinna: Duodecim. 484–486.

- Inkinen, Maria 2007: Alkoholin riskikäyttäjän tunnistaminen ja mini-interventio. Teoksessa Alila, Anja – Matilainen, Elina – Mustajoki, Marianne – Rasimus, Mirja (toim.) 2007: Sairaanhoitajan käsikirja 2007. 4. painos. Hämeenlinna: Duodecim. 666–668.
- Janhonen, Sirpa – Nikkonen, Merja (toim.) 2001: Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotyössä. Helsinki: WSOY.
- Kaipio, Kalevi : Motivoivan haastattelun avulla voidaan ymmärtää ihmisen muutosta ja auttaa häntä muuttumaan. Verkkodokumentti. <<http://www.mikkeliyhteiso.com/art1.html>>. Luettu 16.8.2007.
- Kangas, Riitta 2003: Moniammatillinen yhteistyöhanke perheiden terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi Pietarin synnytyslaitos 9:n alueella. Yhteistyöhankkeen toimintasuunnitelma vuosille 2003–2007. HUS: Naistensairaala.
- Karttunen, Kirsti 1985: Äitiys- ja lastenveuvola. Teoksessa Haaramo, Pirkko – Halmesmäki, Erja – Karttunen, Kirsti – Kokko, Simo 1985: Raskaus ja alkoholi -artikkelikirja terveydenhoitajille. Helsinki: Mannerheimin Lastensuojeluliitto. 3–12.
- Klerman, Lorraine – Rooks, Judith 1999: A simple, effective method that midwives can use to help pregnant women stop smoking. *Journal of Nurse-Midwifery* 44 (2). 118–122.
- Kokko, Simo 1985: Raskaudenaikaisen alkoholinkäytön haitoista puhuminen eettisenä kysymyksenä. Teoksessa Haaramo, Pirkko – Halmesmäki, Erja – Karttunen, Kirsti – Kokko, Simo 1985: Raskaus ja alkoholi -artikkelikirja terveydenhoitajille. Helsinki: Mannerheimin lastensuojeluliitto. 13–20.
- Kristjanson, Arlinda F. – Novikov, Boris – Tsoy, Marina – Wilsnack, Sharon C. – Zvartau, Edwin 2007: Alcohol use in pregnant and nonpregnant Russian women. *Alcoholism: Clinical and experimental research* 31 (2). 299–307.
- Kyngäs, Helvi – Kääriäinen Maria 2006: Ohjaus - tuttu, mutta epäselvä käsite. Verkkodokumentti. <http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/julkaisut/sairaanhoitajalehti/artikkeli/?ARTIKKELI_NUM=46844>. Luettu 3.9.2007.
- Kätilötyö 2006. Paananen, Ulla Kristiina – Pietiläinen, Sirkka – Raussi-Lehto, Eija – Väyrynen, Pirjo – Äimälä, Anna-Mari (toim.). Tampere: Edita
- Käypä hoito –suositus 2005a: Alkoholiongelmaisen hoito. Potilasversio. Verkkodokumentti. <<http://www.kaypahoito.fi/kh/kaypahoito?suositus=khp00049#s3>>. Luettu 3.9.2007.
- Käypä hoito –suositus 2005b: Motivoivan haastattelun tehokkuus. Verkkodokumentti. <<http://www.kaypahoito.fi>>. Luettu 16.8.2007
- Käypä hoito –suositus 2006: Tupakointi, nikotiiniriippuvuus ja vieroitushoidot. Verkkodokumentti. <http://www.terveysportti.fi/pls/kh/kh_julkaisu.NaytaArtikkeli?p_artikkeli=hoi40020>. Luettu 29.1.2007.
- Laitinen, Merja – Toikkanen, Minna 2003: Neuvonta tupakoinnista luopumiseksi äitiysneuvolas- sa: Terveydenhoitajan ja asiakkaan näkökulma. Pro-gradu-tutkielma. Kuopion yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos.

- Lassila, Päivi – Ratola, Jaana 2004: Raskaus-, synnytys- ja lapsivuodeajan hoito pietarilaisten äitien kuvaamana – Moniammatillinen yhteistyöhankkeen alkukartoitus Pietarin synnytyslaitos nro 9:ssä. Helsinki: Helsingin ammattikorkeakoulu Stadia. Sosiaali- ja terveystieteiden ala. Hoitotyön koulutusohjelma: Kätilötyö.
- Lendahls Lena 2003: Smoking cessation and health promotion around pregnancy. Faculty of medicine. Malmö: Lund University.
- Lu, Ying – Oldenburg, Brian – Tong, Shilu 2001: Determinants of smoking and cessation during and after pregnancy. Health promotion international. Oxford university press 16 (4). 155 – 165.
- Lääketieteen termit 2002. Niendsted, Walter – Pernaa, Minna – Pirttimaa, Hannele – Rautiainen, Eija – Salmi, Ulla (toim.). Helsinki: Duodecim.
- Massey, Stephen M. 2002: Russian's maternal & child health crisis: Socio-economic implications and the path forward. Eastwest institute 1 (9).1–7.
- Miller, William 1996: Motivational interviewing: Research, practice and puzzles. Addictive behaviors 21 (6). 835–842.
- O'Connor, Mary J – Whaley, Shannon E. 2007: Brief intervention for alcohol use by pregnant women. American journal of public health 97 (2). 252–258.
- Paunonen, Marita – Vehviläinen-Julkunen, Katri 1997: Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Juva: WSOY.
- Pharmaca Fennica 2007a: Nicorette depotlaastari. Verkkodokumentti.
<http://www.terveysportti.fi/terveysportti/pharmaca2.PitkaVersio?p_valmiste_id=3132>. Luettu 28.9.2007.
- Pharmaca Fennica 2007b: Nicorette lääkepurukumi. Verkkodokumentti.
<http://www.terveysportti.fi/terveysportti/pharmaca2.PitkaVersio?p_valmiste_id=14938>. Luettu 28.9.2007.
- Public health agency of Canada 2005. Fetal alcohol spectrum disorder. Knowledge and attitudes of health professionals about fetal alcohol syndrome: Results of a national survey. Verkkodokumentti. <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/fasd-surv-etcaf-enquete/pdf/fasd-surv-etcaf-enquete-2005_e.pdf>. 1–73. Luettu 12.9.2007.
- Päihdelääketiede 2003. Kiianmaa, Kalervo – Salaspuro, Mikko – Seppä, Kaija (toim.). Helsinki: Duodecim.
- Rautavuori, Mira 2001: FAS-lapsi, nainen, perhe ja yhteiskunta – Näkökulmia raskaudenaikaiseen päihteidenkäyttöön. Valtakunnallisen tutkimus- ja kokeiluyksikön monisteita 34. Helsinki: Kehitysvammaliitto.
- Riikola, Teija – Winell, Klas 2007: Tupakointi, nikotiiniriippuvuus ja vieroitushoidot, potilasversio. Käypähoito. Verkkodokumentti.
<<http://www.kaypahoito.fi/kh/kaypahoito?suositus=khp00042#s6>>. Luettu 3.9.2007.

- Rimmer, Claire 2005: A study of self-reported alcohol intake amongst women attending antenatal care in Far North Queensland. Obstetrics and gynaecology department. Cairns Base Hospital Australia. Verkkodokumentti.
<<http://www.wellbeingofwomen.org.uk/docs/pdf/Claire%20Rimmer%20Report.pdf>>. Luettu 14.8.2007.
- Sosweb - Sosiaalityön työmenetelmät. Verkkodokumentti.
<<http://www.valt.helsinki.fi/yhpo/sosweb/sivut/motivointi.htm>>. Luettu 16.8.2007.
- Taskinen, Mailis 2006: Motivoiva haastattelu. Päihdelinkki. Verkkodokumentti.
<<http://www.paihdelinkki.fi/Tietoiskut/644-motivoiva-haastattelu>>. Luettu 17.8.2007.
- Toivonen, Eeva 2005: Pietarin synnytyslaitos nro 9:n hoitohenkilökunnan näkemyksiä antamastaan ohjauksesta raskauden, synnytyksen ja lapsivuoteen aikana – Moniammatillisen yhteistyöhankkeen alkukartoitus. Opinnäytetyö. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Sosiaali- ja terveysala. Hoitotyön koulutusohjelma: Kätilötyö.
- Vierola Hannu 2006: Pysy nuorena – elä kauemmin. Helsinki: Tietosanoma Oy.
- World Health Organization 2003: Core Health Indicators. Verkkodokumentti.
<http://www.who.int/whosis/database/core/core_select_process.cfm?country=rus&indicators=healthpersonnel>. Luettu 12.9.2007.
- World Health Organization 2006: Reproductive health indicators database. Verkkodokumentti.
<http://www.who.int/reproductive_indicators/countrydata.asp?page=181>. Luettu 12.9.2007.
- World Health Organization 2007a: Proportion of births attended by skilled health personnel. Verkkodokumentti.
<http://www.who.int/reproductivehealth/global_monitoring/data.html>. Luettu 12.9.2007.
- World Health Organization 2007b: Russian Federation. Verkkodokumentti.
<<http://www.who.int/countries/rus./en/>>. Luettu 3.2.2007.
- Yleislääketiede 2005. Ahto, Merja – Eskola, Kari – Keinänen-Kiukaanniemi, Sirkka – Kosunen, Elise – Kumpusalo, Esko – Kunnamo, Ilkka – Lohi, Jouni (toim.). Helsinki: Duodecim.

**Moniammatillinen yhteistyöhanke perheiden terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi
Pietarin synnytyslaitos 9:n alueella 2003–2007. Loppukartoitus/ syksy 2006**

HOITAJAN KYSELYLOMAKE

Pyydän Sinua vastaamaan jokaiseen kysymykseen valitsemalla **yksi**, mielipidettäsi parhaiten kuvaava **vaihtoehto**. Kysymyksiin ei välttämättä ole oikeita tai vääriä vastauksia vaan olemme kiinnostuneet nimenomaan Sinun näkemyksistäsi. Tarkoitus on, että vastaat kyselyyn itse etkä keskustele muiden kanssa. Vastaaminen tapahtuu ympäröimällä mielestäsi Sinua kuvaavan vaihtoehdon numero tai kirjoittamalla vastaus sille varattuun tilaan. Vastattuasi palauta lomake suljettuna oheiseen kirjekuoreen kansliassa olevaan palautuskuorille varattuun laatikkoon.

VASTAAJAN TAUSTATIEDOT

- | | | |
|------------|---|----------|
| 001 | Ikäsi _____ | |
| 002 | Koulutuksesi _____ | |
| 003 | Koulutuksen pituus _____ | |
| 004 | Valmistumisvuosi _____ | |
| 005 | Montako vuotta olet ollut töissä tällä osastolla _____ | |
| | Montako vuotta olet yhteensä työskennellyt äitiyshuollossa _____ | |
| 006 | Oletko saanut imetysohjaajakoulutusta | |
| | Kyllä | 1 |
| | En | 2 |
| 007 | Imetysohjaajakoulutuksen pituus _____ tuntia | |
| 008 | Oletko saanut työpaikallasi henkilökunnalle järjestettyä imetysohjauskoulutusta? | |
| | Kyllä | 1 |
| | En | 2 |
| 009 | Kuinka tärkeä asia äitien ohjaus ja tukeminen sairaalassa sinusta on? | |
| | Erittäin tärkeä | 1 |
| | Jokseenkin tärkeä | 2 |
| | Vain vähän tärkeä | 3 |
| | Ei lainkaan tärkeä | 4 |

010 Miten tärkeäksi koet seuraavat asiat työssäsi?

	Täysin samaa mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	En samaa enkä eri mieltä	Jokseenkin eri mieltä	Täysin eri mieltä
Arvioin äidin henkisen tuen tarpeen	1	2	3	4	5
Vauva saa olla rinnalla heti synnytyksen jälkeen ensimmäiseen asti	1	2	3	4	5
Äitiä ja vauvaa ei eroteta toisistaan sairaalassa	1	2	3	4	5
Ohjaan äitejä havainnoimaan vauvan lähettämiä viestejä	1	2	3	4	5
Havannoin äidin ja vauvan välistä vuorovaikutusta	1	2	3	4	5
Havannoin häiriöt vuorovaikutuksessa	1	2	3	4	5
Havannoin äidin masennuksen merkit synnytyksen jälkeen	1	2	3	4	5

011 Minkälainen on työyksikkösi ilmapiiri?

	Täysin samaa mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	En samaa enkä eri mieltä	Jokseenkin eri mieltä	Täysin eri mieltä
Kannustava ja tukeva	1	2	3	4	5
Epäluuloinen ja epäilevä	1	2	3	4	5
Leppoisa ja mukava	1	2	3	4	5
Synnyttäjää ja hänen perhettään holhoava	1	2	3	4	5
Virallinen ja autoritaarinen	1	2	3	4	5
Synnyttäjää ja hänen perhettään tukeva ja kannustava	1	2	3	4	5
Kiireinen ja rauhaton	1	2	3	4	5

012 Pidätkö tärkeänä keskustella äidin kanssa seuraavista asioista?

	Täysin samaa mieltä	Samaa mieltä	Ei samaa eikä eri mieltä	Eri mieltä	Täysin eri mieltä
RASKAUS:					
Raskauden aiheuttamat fyysiset muutokset naisessa	1	2	3	4	5
Raskauden aiheuttamat psyykkiset muutokset naisessa	1	2	3	4	5
Sikiön kehitys	1	2	3	4	5
Sikiötä vaurioittavat tekijät raskauden aikana	1	2	3	4	5
Vanhemmukseen kasvu	1	2	3	4	5
Parisuhteen hoitaminen	1	2	3	4	5
SYNNYTYS:					
Synnytyksen kulku	1	2	3	4	5
Synnytysosastoon tutustuminen	1	2	3	4	5
Synnytyskivun hoitokeinot	1	2	3	4	5
Rentoutusmenetelmät synnytyksen aikana	1	2	3	4	5
Hengitystekniikat synnytyksen aikana	1	2	3	4	5
Synnytyspelot	1	2	3	4	5
Isän/ tukihenkilön rooli synnytystapahtumassa	1	2	3	4	5
Varhaisimetus synnytyssalissa	1	2	3	4	5
LAPSIVUODEAIKA:					
Vastasyntyneen hoito	1	2	3	4	5
Maidon eritykseen liittyvät asiat (miten turvata maidon erityys)	1	2	3	4	5
Imetyksen merkitys vauvalle	1	2	3	4	5
Imetyksen merkitys äidin palautumisessa synnytyksen jälkeen	1	2	3	4	5
Vauvan imemisote	1	2	3	4	5
Vauvantahminen imetus	1	2	3	4	5
Rintojen hoito synnytyksen jälkeen	1	2	3	4	5
Lapsen ja vanhempien välinen varhainen vuorovaikutus	1	2	3	4	5
Ehkäisy synnytyksen jälkeen	1	2	3	4	5
Synnytyksen jälkeiset mielialan vaihtelut ja masennus	1	2	3	4	5
TERVEYSTOTTUMUKSET RASKAUS- JA LAPSIVUODEAIKANA:					
Ravitseminen	1	2	3	4	5
Liikunta	1	2	3	4	5
Henkilökohtaisen hygienian hoito	1	2	3	4	5
Lääkkeiden käyttö	1	2	3	4	5
Alkoholin käyttö	1	2	3	4	5
Tupakointi	1	2	3	4	5

013 Miten hoito mielestäsi toteutuu lapsivuodeosastolla?

	Täysin samaa mieltä	Samaa mieltä	Ei samaa eikä eri mieltä	Eri mieltä	Täysin eri mieltä
Äidit saavat osallistua riittävästi hoidon suunnitteluun	1	2	3	4	5
Äidit saavat osallistua riittävästi vauvan hoidon suunnitteluun	1	2	3	4	5
Synnytyksestä toipumisesta ja hoidosta on riittävästi keskusteltu äidin kanssa	1	2	3	4	5

014 Miten mielestäsi äitejä kannustetaan omatoimisuuteen lapsivuodeosastolla?

	Täysin samaa mieltä	Samaa mieltä	Ei samaa eikä eri mieltä	Eri mieltä	Täysin eri mieltä
Kannustan äitejä tekemään itse hoitoon liittyviä asioita (esim. hygienian hoito, haavan hoito, rintojen lypsäminen)	1	2	3	4	5
Kannustan äitejä tekemään itse vauvan hoitoon liittyviä asioita	1	2	3	4	5
Neuvon äitejä itse seuraamaan omia oireitaan ja tuntemuksiaan ja kertomaan niistä hoitajille	1	2	3	4	5

015 Keskusteletko äidin kanssa ennen äidin kotiutumista sairaalasta seuraavista asioista?

	Täysin samaa mieltä	Samaa mieltä	Ei samaa eikä eri mieltä	Eri mieltä	Täysin eri mieltä
Keskustelen vauvan hoidosta kotona (esim. ravitsemus, puhtaus, vaatetus, nukkuminen, ulkoilu)	1	2	3	4	5
Keskustelen imetyksestä kotona	1	2	3	4	5
Keskustelen itsehoidosta kotona	1	2	3	4	5
Keskustelen synnytyksen jälkeisestä ehkäisystä	1	2	3	4	5
Keskustelen sosiaalisen tuen merkityksestä ja jaksamisesta synnytyksen jälkeen	1	2	3	4	5
Keskustelen parisuhteesta synnytyksen jälkeen	1	2	3	4	5

016 Miten työyksikkösi potilasohjausta tulisi kehittää?

Kiitos vastauksestasi!

Весна 2004

Информация для пациенток род-дома о проводящемся опросе

Уважаемая мама,

В родильном доме номер 9 г. Санкт-Петербурга проводится исследование, касающиеся личного мнения пациенток об уходе за ними во время беременности, родов и в послеродовом периоде. Исследование является частью российско-финского проекта между Женской больницей г. Хельсинки, политехникумом г. Хельсинки, Союзом акушеров Финляндии, Исследовательским Институтом по Сестринскому делу и род-домом номер 9 г. Санкт-Петербурга. Совместный многопрофессиональный российско-финский проект «Повышение уровня репродуктивности здоровья и благосостояния семьи в Санкт-Петербурге» будет действовать с 2003 по 2007 год. Проект относится к совместному договору между Исследовательским Институтом и Всемирной Организацией Здравоохранения WHO.

Целью исследования является получение сведений об уходе за женщинами во время беременности, родов и в послеродовом периоде в Санкт-Петербурге. Используя результаты опроса, можно улучшить качество медицинского ухода, отвечающего нуждам семей. Просим Вас ответить на вопросы самостоятельно. Ваше мнение очень важно для нас, так как мы хотим получить информацию с точки зрения пациента. Заполненную анкету вложите в данный Вам конверт и верните в ординаторскую, где находится ящик для заполненных анкет.

Участие в опросе добровольное. Все личные сведения о Вас, полученные при опросе будут рассматриваться конфиденциально. Можете не указывать свою фамилию в анкете, и, таким образом, касающиеся Вас сведения не раскроются во время исследования. По результатам данного исследования осенью 2004 года будет сделана дипломная работа студентами отделения акушерства политехникума г. Хельсинки, которая также будет переведена на русский язык. Результаты данного исследования будут опубликованы в заключительном рапорте Исследовательского Института по Сестринскому делу.

С сердечной благодарностью за участие

Со стороны администрации питерского проекта

Глав. врач Атласов Владимир Олегович

Главная мед. сестра Риитта Кангас

Врач отделения Анна Сариола

Мед.сестра Нина Малвасто

Хельсинки

контактное лицо в Санкт-Петербурге и в

Номер

Совместный многопрофессиональный российско-финский проект
« Повышение уровня репродуктивности здоровья и благополучия семьи в Санкт-Петербурге на 2003-2007 гг.». - предварительный опрос /весна 2004

АНКЕТА ДЛЯ МЕД.ПЕРСОНАЛА

Просим Вас ответить на каждый вопрос анкеты, выбирая **один вариант ответа**, который наиболее полно соответствует Вашей точки зрения. Не существует правильных или неправильных ответов, так как мы заинтересованы непосредственно в Вашем мнении. Смысл в том, что Вы отвечаете на вопросы анкеты сами и не обсуждаете их с другими людьми. Отвечая на вопрос, Вам необходимо обвести в круг нужный вариант ответа, или Вы отвечаете письменно на отведенном для этого месте. Заполненную анкету нужно вернуть в ординаторскую, где находится предназначенный для анкет ящик.

ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ

- 001 Ваш возраст _____
- 002 Образование _____
- 003 Длительность обучения _____
- 004 Год выпуска _____
- 005 Сколько лет Вы работаете в данном отделении _____
- Сколько лет Вы работаете в акушерстве _____
- 006 Посещали ли Вы курсы инструкторов по естественному вскармливанию?
- | | |
|-----|---|
| Да | 1 |
| Нет | 2 |
- 007 Длительность курсов по вскармливанию _____ часов
- 008 Посещали ли Вы курсы по вскармливанию, организованные для мед.персонала больницы?
- | | |
|-----|---|
| Да | 1 |
| Нет | 2 |
- 009 Насколько важны, по Вашему мнению, поддержка и консультация родильниц в стационаре?
- | | |
|-----------------------|---|
| Очень важно | 1 |
| В какой-то мере важно | 2 |
| Не так важно | 3 |
| Совсем не важно | 4 |

Номер

010 Насколько важными Вы считаете следующие моменты в Вашей работе?

	Полностью согласен	В большей степени согласен	Затрудня юсь ответить	В большей степени не согласен	Полностью ю не согласен
Оценивать потребность матерей в моральной поддержке	1	2	3	4	5
Новорожденный может находиться у груди сразу после рождения до первого вскармливания	1	2	3	4	5
Мать и ребенка нельзя разлучать в больнице	1	2	3	4	5
Консультировать матерей в поиске контакта с ребенком	1	2	3	4	5
Наблюдать за общением между матерью и ребенком	1	2	3	4	5
Выяснять помехи в контакте между матерью и ребенком	1	2	3	4	5
Замечать у матери симптомы послеродовой депрессии	1	2	3	4	5

011 Какая у Вас обстановка, атмосфера на рабочем месте в отделении?

	Полностью согласен	В большей степени согласен	Затрудня юсь ответить	В большей степени не согласен	Полностью не согласен
Воодушевляющая и поддерживающая	1	2	3	4	5
Вызывающая подозрения и недоверие	1	2	3	4	5
Приятная и комфортная	1	2	3	4	5
Обеспечивающая заботой матерей и членов их семей	1	2	3	4	5
Официальная и авторитарная	1	2	3	4	5

Номер

Обеспечивающая поддержку и энтузиазм матерей и членов их семей	1	2	3	4	5
Спешная и беспокойная	1	2	3	4	5

012 Считаете ли Вы важным беседовать с родильницей о следующем?

	Полностью согласен	В большей степени согласен	Затрудняюсь ответить	В большей степени не согласен	Полностью не согласен
БЕРЕМЕННОСТЬ:					
Физиологические изменения в организме во время беременности	1	2	3	4	5
Психические изменения во время беременности	1	2	3	4	5
Развитие плода	1	2	3	4	5
Факторы риска, нарушающие развитие плода	1	2	3	4	5
Статус родителя	1	2	3	4	5
Семейные отношения	1	2	3	4	5
РОДЫ:					
Протекание родов	1	2	3	4	5
Ознакомление с род.отделением	1	2	3	4	5
Способы снижения родовой боли	1	2	3	4	5
Методы расслабления во время родов	1	2	3	4	5
Техника дыхания во время родов	1	2	3	4	5
Страх перед родами	1	2	3	4	5
Роль присутствия отца ребенка/близкого при родах	1	2	3	4	5
Раннее вскармливание в род.зале	1	2	3	4	5
ПОСЛЕРОДОВОЙ ПЕРИОД:					
Уход за новорожденным	1	2	3	4	5
Вопросы, связанные с выделением грудного молока (как сохранить выделение гр.молока)	1	2	3	4	5
Значение естественного вскармливания для новорожденного	1	2	3	4	5
Значение вскармливания для	1	2	3	4	5

Номер

родильницы в послеродовом периоде					
Техника вскармливания новорожденного	1	2	3	4	5
Вскармливание по желанию ребенка	1	2	3	4	5
Уход за молочными железами в послеродовом периоде	1	2	3	4	5
Раннее общение между ребенком и родителями	1	2	3	4	5
Контрацепция после родов	1	2	3	4	5
Послеродовая депрессия и смены настроения	1	2	3	4	5
ЗДОРОВЫЕ ПРИВЫЧКИ И ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ И ПОСЛЕ РОДОВ:					
Питание	1	2	3	4	5
Спорт, активный образ жизни	1	2	3	4	5
Личная гигиена	1	2	3	4	5
Прием лекарств.препаратов	1	2	3	4	5
Употребление алкоголя	1	2	3	4	5
Курение	1	2	3	4	5

013 Как, по Вашему, осуществляется мед. уход за пациентками в послеродовом отделении?

	Полностью согласен	В большей степени согласен	Затрудняюсь ответить	В большей степени не согласен	Полностью не согласен
У родильниц есть достаточные возможности участвовать в планировании своего мед. ухода	1	2	3	4	5
У родильниц есть достаточные возможности участвовать в планировании мед. ухода за новорожденным	1	2	3	4	5
О послеродовом периоде и об мед. уходе было проведено достаточно бесед с пациентками	1	2	3	4	5

Номер

014 Каким образом, по Вашему мнению, поощряются к самостоятельности пациентки послеродового отделения?

	Полностью согласен	В большей степени согласен	Затрудн яюсь ответит ь	В большей степени не согласен	Полность ю не согласен
Поощряю пациенток ухаживать за со собой самостоятельно (напр. гигиена, уход за швами, сцеживание молока)	1	2	3	4	5
Поощряю родильниц ухаживать за новорожденными	1	2	3	4	5
Даю советы пациенткам самостоятельно следить за своим самочувствием и за своими ощущениями и рассказывать о них мед.песоналу	1	2	3	4	5

015 Беседуете ли Вы с пациентками о следующем до выписки из род.дома?

	Полностью согласен	В большей степени согласен	Затрудня юсь ответить	В большей степени не согласен	Полность ю не согласен
Беседую об уходе за новорожденным на дому (напр. кормление, чистота, одежда, сон, прогулки)	1	2	3	4	5
Беседую об естественном вскармливании на дому	1	2	3	4	5
Беседую о самоуходе на дому	1	2	3	4	5
Беседую о послеродовой контрацепции	1	2	3	4	5
Беседую о значении социальной поддержки и хорошего самочувствия после родов	1	2	3	4	5
Беседую о семейных отношениях после родов	1	2	3	4	5

016 Что можно улучшить в консультировании пациентов Вашего отделения?

Номер

Спасибо за участие!

FREKVENSSTAUUKKO. Vastausten prosenttijakaumat (lukumäärä) kysymyksittäin

	Kysymykseen vastanneiden lukumäärä (n)	Täysin samaa mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	En samaa enkä eri mieltä	Jokseenkin eri mieltä	Täysin eri mieltä
MITEN TÄRKEÄKSI KOET SEURAAVAT ASIAT TYÖSSÄSI?						
Arvioin äidin henkisen tuen tarpeen	99	83,8 (83)	14,1 (14)	2,0 (2)	-	-
Vauva saa olla rinnalla heti synnytyksen jälkeen ensi-imetykseen asti	99	84,8 (84)	9,1 (9)	4,0 (4)	2,0 (2)	-
Äitiä ja vauvaa ei eroteta toisistaan sairaalassa	99	88,9 (88)	9,1 (9)	1,0 (1)	-	1,0 (1)
Ohjaan äitejä havainnoimaan vauvan lähettämiä viestejä	97	84,5 (82)	14,4 (14)	1,0 (1)	-	-
Havainnoin äidin ja vauvan välistä vuorovaikutusta	99	69,7 (69)	19,2 (19)	10,1 (10)	1,0 (1)	-
Havainnoin häiriöt vuorovaikutuksessa	98	77,6 (76)	12,2 (12)	9,2 (9)	1,0 (1)	-
Havainnoin äidin masennuksen merkit synnytyksen jälkeen	99	85,9 (85)	10,1 (10)	4,0 (4)	-	-
MINKÄLAINEN ON TYÖYKSIKKÖSI ILMAPIIRI?						
Kannustava ja tukeva	92	73,9 (68)	20,7 (19)	3,3 (3)	1,1 (1)	1,1 (1)
Epäluuloinen ja epäilevä	88	6,8 (6)	2,3 (2)	6,8 (6)	11,4 (10)	72,7 (64)
Leppoisa ja mukava	95	70,5 (67)	22,1 (21)	5,3 (5)	1,1 (1)	1,1 (1)
Synnyttäjää ja hänen perhettään holhoava	93	72,0 (67)	19,4 (18)	6,5 (6)	-	2,2 (2)
Virallinen ja autoritaarinen	93	21,5 (20)	7,5 (7)	18,3 (18)	18,3 (18)	34,4 (32)
Synnyttäjää ja hänen perhettään tukeva ja kannustava	92	58,7 (54)	30,4 (28)	8,7 (8)	1,1 (1)	1,1 (1)

	Kysymykseen vastanneiden määrä (n)	Täysin samaa mieltä	Samaa mieltä	Ei samaa eikä eri mieltä	Eri mieltä	Täysin eri mieltä
Kiireinen ja rauhaton	91	7,7 (7)	7,7 (7)	5,5 (5)	23,1 (21)	56,0 (51)
PIDÄTKÖ TÄRKEÄNÄ KESKUSTELLA ÄIDIN KANSSA SEURAAVISTA ASIOISTA?						
RASKAUS:						
Raskauden aiheuttamat fyysiset muutokset naisessa	99	82,8 (82)	9,1 (9)	5,1 (5)	1,0 (1)	2,0 (2)
Raskauden aiheuttamat psyykkiset muutokset naisessa	98	84,7 (83)	10,2 (10)	3,1 (3)	1,0 (1)	1,0 (1)
Sikiön kehitys	98	80,6 (79)	12,2 (12)	3,1 (3)	1,0 (1)	3,1 (3)
Sikiötä vaurioittavat tekijät raskauden aikana	98	77,6 (76)	14,3 (14)	4,1 (4)	3,1 (3)	1,0 (1)
Vanhemmuuteen kasvu	98	61,2 (60)	17,3 (17)	14,3 (14)	3,1 (3)	4,1 (4)
Parisuhteen hoitaminen	98	60,2 (59)	16,3 (16)	13,3 (13)	1,0 (1)	9,2 (9)
SYNNYTYS:						
Synnytyksen kulku	98	90,8 (89)	8,2 (8)	-	-	1,0 (1)
Synnytysosastoon tutustuminen	99	65,7 (65)	19,2 (19)	10,1 (10)	4,0 (4)	1,0 (1)
Synnytyskivun hoitokeinot	99	80,8 (80)	14,1 (14)	2,0 (2)	2,0 (2)	1,0 (1)
Rentoutusmenetelmät synnytyksen aikana	98	89,9 (88)	7,1 (7)	1,0 (1)	1,0 (1)	1,0 (1)
Hengitystekniikat synnytyksen aikana	99	92,9 (92)	5,1 (5)	1,0 (1)	-	1,0 (1)
Synnytyspelot	98	78,6 (77)	13,3 (13)	2,0 (2)	2,0 (2)	4,1 (4)
Isän/tukihenkilön rooli synnytystapahtumassa	95	65,3 (62)	13,7 (13)	14,7 (14)	4,2 (4)	2,1 (2)
Varhaisimetys synnytyssalissa	99	90,9 (90)	7,1 (7)	1,0 (1)	-	1,0 (1)

	Kysymykseen vastanneiden määrä (n)	Täysin samaa mieltä	Samaa mieltä	Ei samaa eikä eri mieltä	Eri mieltä	Täysin eri mieltä
LAPSIVUODEAIKA:						
Vastasyntyneen hoito	99	94,9 (94)	5,1 (5)	-	-	-
Maidon erityykseen liittyvät asiat (miten turvata maidon erityys)	98	93,9 (92)	5,1 (5)	1,0 (1)	-	-
Imetyksen merkitys vauvalle	99	97,0 (96)	3,0 (3)	-	-	-
Imetyksen merkitys äidin palautumisessa synnytyksen jälkeen	99	94,9 (94)	5,1 (5)	-	-	-
Vauvan imemisote	99	93,9 (93)	6,1 (6)	-	-	-
Vauvan tahtinen imetys	99	86,9 (86)	11,1 (11)	1,0 (1)	1,0 (1)	-
Rintojen hoito synnytyksen jälkeen	99	94,9 (94)	5,1 (5)	-	-	-
Lapsen ja vanhempien välinen varhainen vuorovaikutus	99	91,9 (91)	7,1 (7)	1,0 (1)	-	-
Ehkäisy synnytyksen jälkeen	99	79,8 (79)	10,1 (10)	6,1 (6)	1,0 (1)	3,0 (3)
Synnytyksen jälkeiset mielialan vaihtelut ja masennus	99	76,8 (76)	14,1 (14)	4,0 (4)	2,0 (2)	3,0 (3)
TERVEYSTOTTUMUKSET RASKAUS- JA LAPSIVUODEAIKANA:						
Ravitsemus	99	92,9 (92)	7,1 (7)	-	-	-
Liikunta	98	69,4 (68)	14,3 (14)	11,2 (11)	1,0 (1)	4,1 (4)
Henkilökohtaisen hygienian hoito	99	91,9 (91)	8,1 (8)	-	-	-
Lääkkeiden käyttö	97	71,1 (69)	10,3 (10)	8,2 (8)	5,2 (5)	5,2 (5)
Alkoholin käyttö	97	69,1 (67)	7,2 (7)	1,0 (1)	-	22,7 (22)
Tupakointi	97	69,1 (67)	7,2 (7)	1,0 (1)	-	22,7 (22)

	Kysymykseen vastanneiden määrä (n)	Täysin samaa mieltä	Samaa mieltä	Ei samaa eikä eri mieltä	Eri mieltä	Täysin eri mieltä
MITEN HOITO MIELESTÄSI TOTEUTUU LAPSIVUODEOSASTOLLA?						
Äidit saavat osallistua riittävästi hoidon suunnitteluun	99	68,7 (68)	26,3 (26)	4,0 (4)	-	1,0 (1)
Äidit saavat osallistua riittävästi vauvan hoidon suunnitteluun	99	74,7 (74)	21,2 (21)	4,0 (4)	-	-
Synnytyksestä toipumisesta ja hoidosta on riittävästi keskusteltu äidin kanssa	99	65,7 (65)	29,3 (29)	4,0 (4)	-	1,0 (1)
MITEN MIELESTÄSI ÄITEJÄ KANNUSTETAAN OMATOIMISUUTEEN LAPSIVUODEOSASTOLLA?						
Kannustan äitejä tekemään itse hoitoon liittyviä asioita (esim. hygienian hoito, haavan hoito, rintojen lypsäminen)	99	78,8 (78)	17,2 (17)	2,0 (2)	2,0 (2)	-
Kannustan äitejä tekemään itse vauvan hoitoon liittyviä asioita	99	85,9 (85)	12,1 (12)	2,0 (2)	-	-
Neuvon äitejä itse seuraamaan omia oireitaan ja tuntemuksiaan ja kertomaan niistä hoitajille	99	84,8 (84)	10,1 (10)	4,0 (4)	1,0 (1)	-
KESKUSTELETKO ÄIDIN KANSSA ENNEN ÄIDIN KOTIUTUMISTA SAIRAALASTA SEURAAVISTA ASIOISTA?						
Keskustelen vauvan hoidosta kotona (esim. ravitsemus, puhtaus, vaatetus, nukkuminen, ulkoilu)	95	88,4 (84)	6,3 (6)	3,2 (3)	1,1 (1)	1,1 (1)
Keskustelen imetyksestä kotona	95	85,3 (81)	8,4 (8)	4,2 (4)	-	2,1 (2)

	Kysymykseen vastanneiden määrä (n)	Täysin samaa mieltä	Samaa mieltä	Ei samaa eikä eri mieltä	Eri mieltä	Täysin eri mieltä
Keskustelen itsehoidosta kotona	94	85,1 (80)	7,4 (7)	6,4 (6)	-	1,1 (1)
Keskustelen synnytyksen jälkeisestä ehkäisystä	91	73,6 (67)	9,9 (9)	7,7 (7)	2,2 (2)	6,6 (6)
Keskustelen sosiaalisen tuen merkityksestä ja jaksamisesta synnytyksen jälkeen	94	73,4 (69)	10,6 (10)	12,8 (12)	2,1 (2)	1,1 (1)
Keskustelen parisuhteesta synnytyksen jälkeen	95	62,1 (59)	11,6 (11)	14,7 (14)	4,2 (4)	7,4 (7)

10

henkilökohtaista kysymystä alkoholinkäytöstä

KUN VASTAAT TÄHÄN TESTIIN, SAAT OMAAN KÄYTTÖÖSI TIEDON,
MITEN ALKOHOLINKÄYTTÖSI SINUUN VAIKUTTAJAA JA MITEN SUURIA RISKEJÄ SE TUOTTAA.

X

**RASTITA SE VAIHTOEHTO,
JOKA LÄHINNÄ VASTAA
OMAA TILANNETTASI.**

Paljonko meni?

1

Kuinka usein juot olutta, viiniä tai muita alkoholijuomia? Koeta ottaa mukaan myös ne kerrat, jolloin nautit vain pieniä määriä, esim. pullon keskiolutta tai tilkan viiniä.

0 ☐
1 ☐
2 ☐
3 ☐
4 ☐

ei koskaan
noin kerran kuussa tai harvemmin
2-4 kertaa kuussa
2-3 kertaa viikossa
4 kertaa viikossa tai useammin

2

Kuinka monta **annosta** alkoholia yleensä olet ottanut niinä päivinä, jolloin käytit alkoholia? (Taulukko alla kertoo paljonko on annos.)

0 ☐
1 ☐
2 ☐
3 ☐
4 ☐

1-2 annosta
3-4 annosta
5-6 annosta
7-9 annosta
10 tai enemmän

3

Kuinka usein olet juonut kerralla kuusi tai useampia annoksia?

0 ☐
1 ☐
2 ☐
3 ☐
4 ☐

ei koskaan
harvemmin kuin kerran kuussa
kerran kuussa
kerran viikossa
päivittäin tai lähes päivittäin

Menikö liian pitkäksi?

4

Kuinka usein viime vuoden aikana sinulle kävi niin, että et pystynyt lopettamaan alkoholinkäyttöä, kun aloit ottaa?

0 ☐
1 ☐
2 ☐
3 ☐
4 ☐

ei koskaan
harvemmin kuin kerran kuussa
kerran kuussa
kerran viikossa
päivittäin tai lähes päivittäin

Jäivätkö muut hommat?

5

Kuinka usein viime vuoden aikana et ole juomisen vuoksi saanut tehtyä jotain, mikä tavallisesti kuuluu tehtäviisi?

0 ☐
1 ☐
2 ☐
3 ☐
4 ☐

ei koskaan
harvemmin kuin kerran kuussa
kerran kuussa
kerran viikossa
päivittäin tai lähes päivittäin

Miten lähti käyntiin?

6

Kuinka usein viime vuoden aikana runsaan juomisen jälkeen tarvitsit aamulla olutta tai muuta alkoholia päästäksesi paremmin liikkeelle?

0 ☐
1 ☐
2 ☐
3 ☐
4 ☐

ei koskaan
harvemmin kuin kerran kuussa
kerran kuussa
kerran viikossa
päivittäin tai lähes päivittäin

Oliko morkkista?

7

Kuinka usein viime vuoden aikana tunsit syyllisyyttä tai katumusta juomisen jälkeen?

0 ☐
1 ☐
2 ☐
3 ☐
4 ☐

ei koskaan
harvemmin kuin kerran kuussa
kerran kuussa
kerran viikossa
päivittäin tai lähes päivittäin

Menikö muisti?

8

Kuinka usein viime vuoden aikana sinulle kävi niin, että et juomisen vuoksi pystynyt muistamaan edellisen illan tapahtumia?

0 ☐
1 ☐
2 ☐
3 ☐
4 ☐

ei koskaan
harvemmin kuin kerran kuussa
kerran kuussa
kerran viikossa
päivittäin tai lähes päivittäin

Kolhitko itseäsi tai muita?

9

Oletko itse tai onko joku muu satuttanut tai loukannut itseään sinun alkoholinkäyttösi seurauksena?

0 ☐
2 ☐
4 ☐

ei
on, mutta ei viimeisen vuoden aikana
kyllä, viimeisen vuoden aikana

Tuliko sanomista?

10

Onko joku läheisesi tai ystäväsi, lääkäri tai joku muu ollut huolissaan alkoholinkäytöstäsi tai ehdottanut että vähentäisit juomista?

0 ☐
2 ☐
4 ☐

ei
on, mutta ei viimeisen vuoden aikana
kyllä, viimeisen vuoden aikana

LASKE NYT VALITSEMIESI VAIHTOEHTOJEN NUMEROT YHTEEN. NÄIN SAAT HENKILÖKOHTAISEN PISTEMÄÄRÄSI.

OMAT PISTEENI _____

PÄIVÄYS _____

ALKOHOLINKÄYTTÖSI RISKIT

0 - 7 **VÄHÄISET**
8 - 10 **LIEVÄSTI KASVANEET**
11 - 14 **SELVÄSTI KASVANEET**
15 - 19 **SUURET**
20 - 40 **ERITTÄIN SUURET**

■ Jos riskisi ovat kasvaneet tai jos juot joka viikko vähintään kuusi annosta alkoholia kerralla, kannattaa pohtia, olisiko muutos paikallaan.

■ Mieti, miten voisit muuttaa nykyistä alkoholinkäyttöäsi ja mitä hyötyä muutoksesta voisi olla. Haluaisitko vähentää vai olisiko lopettaminen sinulle sopivampi tavoite?

■ Vaikka testituloksesi huolestuttaisivat sinua, kannattaa muistaa, että alkoholin mahdollisesti aiheuttamat vahingot yleensä helpottuvat tai korjaantuvat kokonaan, jos ajoissa vähennät juomistasi.

■ Jos päätät vähentää tai lopettaa, voit yrittää ja onnistua omin voimin. Tarkista muuttaman kuukauden kuluttua, kuinka pistemääräsi on laskenut.

■ Kysy asiantuntijalta – sinulla on oikeus tietää! Varsinkin jos pistemääräsi on yli kymmenen, kannattaa keskustella lääkärin kanssa esimerkiksi terveyskeskuksessa. Saat tietää, miten alkoholi vaikuttaa juuri sinuun ja terveyteesi, ja saat apua muutospyrkimyksissäsi, joko vähentämisessä tai lopettamisessa.

YKSI ALKOHOLIANNOS ON:

pullo (33 cl) keskiolutta tai siideriä
lasi (12 cl) mietoa viiniä
pieni lasi (8 cl) väkevää viiniä
ravintola-annos (4 cl) väkeviä

ESIMERKKEJÄ:

0,5 l tuoppi keskiolutta tai mietoa siideriä **1,5** annosta
0,5 l tuoppi A-olutta tai vahvaa siideriä **2** annosta
0,75 l pullo mietoa (12 %) viiniä **6** annosta
0,5 l pullo väkeviä **13** annosta

Testin on kehittänyt
Maailman terveysjärjestö WHO.

**Alkoholi-
ohjelma**
2004-2007

www.alkoholiohjelma.fi

10

ВОПРОСОВ ТЕСТ НА ОПРЕДЕЛЕНИЕ ЗАВИСИМОСТИ ОТ АЛКОГОЛЯ

**СОГЛАСНО ДАННОМУ ТЕСТУ МОЖНО
ДОСТАТОЧНО ТОЧНО ОЦЕНИТЬ СТЕПЕНЬ
РИСКА УПОТРЕБЛЕНИЯ
АЛКОГОЛЬНЫХ НАПИТКОВ**

Буклеты Министерства социального обеспечения и
здравоохранения Финляндии 2004:3rus

ISSN 1236-2123 • ISBN 952-00-1692-9

Хельсинки 2005



ПОМЕЙТЕ, ПОЖАЛУЙСТА, ТОТ ВАРИАНТ ОТВЕТА, КОТОРЫЙ НАИБОЛЕЕ СООТВЕТСТВУЕТ ВАШЕЙ СИТУАЦИИ В ОТНОШЕНИИ ПРИЁМА АЛКОГОЛЯ

1

Как часто Вы употребляете пиво, вино или другие алкогольные напитки? Постарайтесь припомнить также и те случаи, когда Вы принимали спиртное в небольшом количестве, например, бутылку пива средней крепости или немного вина.

- 0 ☐ никогда
- 1 ☐ примерно раз в месяц или реже
- 2 ☐ 2-4 раза в месяц
- 3 ☐ 2-3 раза в неделю
- 4 ☐ 4 раза в неделю или чаще

2

Сколько **доз** Вы обычно принимаете в те дни, когда употребляете спиртное?

- 0 ☐ 1-2 дозы
- 1 ☐ 3-4 дозы
- 2 ☐ 5-6 доз
- 3 ☐ 7-9 доз
- 4 ☐ 10 и более доз

3

Как часто Вы принимали шесть или более доз?

- 0 ☐ ни разу
- 1 ☐ реже, чем раз в месяц
- 2 ☐ раз в месяц
- 3 ☐ раз в неделю
- 4 ☐ ежедневно или почти ежедневно

Удается ли Вам контролировать ситуацию?

4

Сколько раз в течение прошлого года случилось так, что Вы были не в состоянии остановиться, прекратить употребление спиртного после того, как начали его принимать?

- 0 ☐ ни разу
- 1 ☐ реже, чем раз в месяц
- 2 ☐ раз в месяц
- 3 ☐ раз в неделю
- 4 ☐ ежедневно или почти ежедневно

Одна доза алкоголя:

бутылка	(330 мл) пива средней крепости или сидра
бокал	(120 мл) легкого вина
рюмка	(80 мл) крепкого вина
ресторанная порция	(40 мл) крепких спиртных напитков

ПРИМЕРЫ:

0,5 л	кружка пива средней крепости или слабого сидра	1,5 дозы
0,5 л	кружка А-пива или крепкого сидра	2 дозы
0,75 л	бутылка легкого вина (12%)	6 доз
0,5 л	бутылка крепкого алкогольного напитка (коньяк, водка, ликер)	13 доз

Остались ли дела невыполненными?

5

Сколько раз в течение прошлого года из-за употребления алкоголя остались невыполненными дела, которые Вы обычно делаете?

- | | | |
|---|--------------------------|-------------------------------|
| 0 | <input type="checkbox"/> | ни разу |
| 1 | <input type="checkbox"/> | реже, чем раз в месяц |
| 2 | <input type="checkbox"/> | раз в месяц |
| 3 | <input type="checkbox"/> | раз в неделю |
| 4 | <input type="checkbox"/> | ежедневно или почти ежедневно |

Самочувствие после приема алкоголя?

6

Как часто по утрам в течение прошлого года после чрезмерного накануне приема спиртного Вам необходимо было выпить пива или другого алкогольного напитка для того, чтобы прийти в себя?

- | | | |
|---|--------------------------|-------------------------------|
| 0 | <input type="checkbox"/> | ни разу |
| 1 | <input type="checkbox"/> | реже, чем раз в месяц |
| 2 | <input type="checkbox"/> | раз в месяц |
| 3 | <input type="checkbox"/> | раз в неделю |
| 4 | <input type="checkbox"/> | ежедневно или почти ежедневно |

Испытывали ли Вы угрызения совести?

7

Сколько раз за последний год Вы после выпивки испытывали чувство вины перед близкими или угрызения совести за свое поведение?

- | | | |
|---|--------------------------|-------------------------------|
| 0 | <input type="checkbox"/> | ни разу |
| 1 | <input type="checkbox"/> | реже, чем раз в месяц |
| 2 | <input type="checkbox"/> | раз в месяц |
| 3 | <input type="checkbox"/> | раз в неделю |
| 4 | <input type="checkbox"/> | ежедневно или почти ежедневно |

Были ли "провалы в памяти"?

8

Сколько раз в течение прошлого года на следующее утро после приема алкоголя Вы не могли вспомнить, что было накануне вечером?

- | | | |
|---|--------------------------|-------------------------------|
| 0 | <input type="checkbox"/> | ни разу |
| 1 | <input type="checkbox"/> | реже, чем раз в месяц |
| 2 | <input type="checkbox"/> | раз в месяц |
| 3 | <input type="checkbox"/> | раз в неделю |
| 4 | <input type="checkbox"/> | ежедневно или почти ежедневно |

Были ли пострадавшие?

9

Получали ли Вы или кто-то другой физические повреждения или увечья, как следствие употребления Вами алкогольных напитков?

- | | | |
|---|--------------------------|-------------------------------------|
| 0 | <input type="checkbox"/> | нет |
| 2 | <input type="checkbox"/> | да, но не в течение последнего года |
| 4 | <input type="checkbox"/> | да, в течение последнего года |

Реакция окружающих?

10

Озабочены ли Ваши близкие, друзья, врач или кто-то другой тем, что Вы выпиваете? Предлагали ли они Вам сократить прием алкогольных напитков?

- | | | |
|---|--------------------------|-------------------------------------|
| 0 | <input type="checkbox"/> | нет |
| 2 | <input type="checkbox"/> | да, но не в течение последнего года |
| 4 | <input type="checkbox"/> | да, в течение последнего года |

**Сосчитав сумму номеров выбранных
Вами ответов,
Вы получите результат в баллах.**

Всего: _____ Дата: _____

Степень риска

0 – 7	небольшая
8 – 10	слегка повышенная
11 – 14	значительно повышенная
15 – 19	высокая
20 – 40	очень высокая

- Если согласно тесту степень риска повышена или Вы принимаете в течение недели, как минимум, 6 доз алкогольных напитков, стоит задуматься над ситуацией и уменьшить их прием.
- Подумайте, какие изменения в приеме алкоголя Вам стоит сделать и какая польза от этого могла бы быть. Что подходит Вам больше, только сократить прием алкоголя или полностью прекратить его употребление?
- Даже если Вы озабочены результатом теста, стоит помнить, что вред и проблемы, вызванные приемом алкоголя, обычно можно уменьшить или исправить полностью, если вовремя остановиться.
- Если решите сократить количество выпиваемого Вами алкоголя или полностью прекратить его прием, Вы можете сделать это и самостоятельно. Повторите тест через несколько месяцев и сосчитайте количество полученных баллов.
- Обратитесь за помощью к специалисту, у Вас есть на это право. Особенно, если сумма набранных Вами баллов превышает 10, стоит посоветоваться с врачом. Вы сможете получить разъяснения по поводу того, как алкоголь влияет именно на Вас и Ваше здоровье. Вам помогут уменьшить или прекратить прием алкогольных напитков.

**Тест разработан Всемирной Организацией
здравоохранения WHO**

**Alkoholi-
ohjelma**

2004-2007

АЛКОГОЛЬНАЯ ПРОГРАММА

henkilökohtaista kysymystä tupakoinnista

Testaa, onko kohdallasi kyse
nikotiiniriippuvuudesta.



Rengasta omaa tilannettasi lähinnä
vastaava vaihtoehto.

**1 Kuinka pian heräämisen jälkeen
tupakoit ensimmäisen kerran?**

- a 5 minuutin kuluessa
- b 6-30 minuutin kuluessa
- c 31-60 minuutin kuluessa
- d 60 minuutin jälkeen

**2 Onko sinusta vaikeaa olla
tupakoimatta tiloissa, joissa se on
kiellettyä?**

- a kyllä
- b ei

**3 Mistä tupakointikerrasta sinun olisi
vaikeinta luopua?**

- a aamun ensimmäisestä
- b jostain muusta

**4 Kuinka monta savuketta poltat
vuorokaudessa?**

- a 1-10 savuketta
- b 11-20 savuketta
- c 21-30 savuketta
- d 31 savuketta tai enemmän

**5 Poltatko aamun ensimmäisinä
tunteina enemmän kuin
loppupäivän aikana?**

- a kyllä
- b en

**6 Tupakoitko, jos olet niin sairas,
että joudut olemaan vuoteessa
suurimman osan päivää?**

- a kyllä
- b en

Fagerströmin nikotiiniriippuvuustesti

Laske pisteet yhteen ja tarkista
tuloksesi seuraavalta sivulta.

1 a = 3 b = 2 c = 1 d = 0

2 a = 1 b = 0

3 a = 1 b = 0

4 a = 3 b = 2 c = 1 d = 0

5 a = 1 b = 0

6 a = 1 b = 0

tulos

 **www.tupakka.org** 

henkilökohtaista kysymystä tupakoinnista

Testin tulos

- alle 2 nikotiiniriippuvuutesi on alhainen
2-6 nikotiiniriippuvuutesi on kohtalainen
7-10 nikotiiniriippuvuutesi on voimakas

Lopettaminen kannattaa!

1 päivä – 1 viikko lopettamisesta:

- häkä häviää elimistöstä
- haju- ja makuaisti paranevat
- hengittäminen tulee helpommaksi
- veren happipitoisuus palautuu normaaliksi
- verenpaine ja syke normalisoituvat

2-12 viikkoa lopettamisesta:

- verenkierto paranee entisestään, suorituskyky nousee

3-9 kuukautta lopettamisesta:

- yskä ja hengitysvaikeudet vähenevät, keuhkojen toiminta paranee

5 vuotta lopettamisesta:

- riski saada sydänkohtaus puolittuu tupakoitsijaan verrattuna

10 vuotta lopettamisesta

- keuhkosyövän riski puolittuu tupakoitsijaan verrattuna
- sydänkohtauksen riski on samalla tasolla kuin ei olisi koskaan tupakoinut

Vinkkejä lopettamiseen

- 👉 Tupakoinnin lopettaminen ei ole aina helppoa, mutta se on mahdollista! Vieroitusoireet vaihtelevat yksilöllisesti, joillekin niitä ei tule lainkaan. Pahimmat vieroitusoireet menevät ohi muutamassa viikossa. Psykkisen ja sosiaalisen riippuvuuden kanssa joutuu usein kamppailemaan pidempään.

- 👍 Päätä, milloin lopetat, ja merkitse se kalenteriisi. Huolehdi siitä, että sinulla ei enää ole tupakkaa jäljellä lopetuspäivänä. Heitä pois myös sytytin tai tulitikut. Kerro läheisillesi, että aiot lopettaa, ja pyydä, etteivät he tarjoa sinulle tupakkaa.

- 👍 Juo paljon nestettä – ei kumminkaan alkoholia! Syö kunnolla, liiku ja lepäile sopivassa suhteessa. Mieti etukäteen, mitä teet, jos mieli tekee tupakkaa: hengitä syvään, tee punnerruksia tai ryhdy johonkin askareeseen, jossa tarvitset käsiäsi. Varaa itsellesi jotain vähän kaloreita sisältävää järsimistä.

- 👍 Nikotiinikorvaus pehmentää vieroitusoireita ja saattaa auttaa psyykkisen ja sosiaalisen riippuvuuden nujertamisessa. Ohjeita korvaustuotteiden käyttöön voit kysyä vaikka apteekista.

- 👍 Vältä tupakoitsijoita ainakin alkuvuikoina. Vältä tilanteita, joissa sinulla on tapana tupakoida. Käy leffassa tai keksi jotain muuta ajanvietettä, jossa tupakointi on vaikeaa.

- 👍 Pane tupakkarahat säästöön ja palkitse itseäsi hankkimalla niillä jotain, mitä olet aina halunnut. Tee toivelista ja laske, monenko askin hinnalla saat toiveesi täytetyiksi.

- 👍 Valmistaudu retkahdukseen. Jos kumminkin sytytät tupakan, sammuta se ennen kuin olet polttanut sen kokonaan. Heitä aski pois. Mieti, mikä sai sinut retkahtamaan ja miten voit estää tilanteen uusiutumisen. Heikon hetken takia ei kannata luopua koko hommasta.

- 👍 Älä masennu vaikka et kerralla onnistuisikaan lopettamaan. Yritä uudestaan: onnistumisen mahdollisuudet lisääntyvät seuraavalla kerralla.